



---

# LOS CUIDADOS ENFERMEROS, GARANTÍA DE FUTURO

---

## NURSING CARES, FUTURE GUARANTEE

---

Autor/a: Marcos Agudo Bustillo  
Director/a: María Luz Fernández Fernández

TRABAJO DE FIN DE GRADO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA, UNIVERSIDAD DE CANTABRIA  
JUNIO DE 2019

#### AVISO DE RESPONSABILIDAD UC

“Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros, La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

## ÍNDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
• Objetivo General.....	6
• Objetivos específicos.....	6
• Descripción de los capítulos.....	7
• Motivo de Elección.....	7
• Estrategia de búsqueda.....	7
CAPÍTULO 1. EL RECORRIDO HISTÓRICO.....	8
• 1.1. Historia de la Sanidad y la Enfermería españolas.....	8
• 1.2. Enfermería en Democracia. El encumbramiento.....	11
CAPÍTULO 2. SANIDAD Y ENFERMERÍA EN LA ACTUALIDAD ESPAÑOLA.....	14
• 2.1. La sanidad española ante el paradigma neoliberal. Un paso atrás.....	14
• 2.2. Marcha atrás: La vuelta a la universalización.....	17
• 2.3. La Enfermería en la actualidad.....	19
CAPÍTULO 3. LA REFORMA SANITARIA NECESARIA: PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN COMO ELEMENTOS GARANTES DEL FUTURO.....	21
• 3.1. Perspectiva histórica y problemas actuales.....	21
• 3.2. Propuesta de futuro, el empoderamiento del paciente y de la profesión.....	25
CONCLUSIÓN.....	29
BIBLIOGRAFÍA.....	31

## RESUMEN

Históricamente la Enfermería se configuró en el mundo y en España como un elemento supeditado al papel del médico, pero el devenir democrático, la construcción del Estado del Bienestar y las grandes reformas emprendidas, sobremanera en el siglo XX, han dotado a la profesión de un cariz de preponderancia dentro del Sistema Nacional de Salud, que aún no se ha materializado en su totalidad por las reminiscencias hospitalocentristas y medicalizadas que la sanidad sigue sufriendo. Durante los últimos años de la centuria pasada y hasta nuestros días, el sistema sanitario español ha sufrido numerosos embates derivados de menores presupuestos, alteraciones de su carácter público y un parón del desarrollo enfermero. Pero son precisamente las políticas potenciadoras de la Enfermería y la Atención Primaria las que han demostrado empíricamente ser un elemento garante de la supervivencia del sistema mismo. Es su necesaria implantación y favorecimiento lo que nosotros mismos como gestores deberemos liderar.

Palabras clave: Políticas Públicas de Salud, Atención Primaria de Salud, Historia de la Enfermería, Organización Mundial de la Salud, Salud Pública.

## ABSTRACT

Nursing was historically introduced in Spain and also in the world as a profession subordinate to the doctor's role, but the democratic development, the construction of the Welfare State and the undertaking of major reforms, particularly throughout the XX century, have provided the profession with an authoritative look within the National Health System, which has not been completely achieved yet due to the reminiscences of diversified, specialized, tertiary care, and medicalization that our health service still suffers from. Over the last years of the previous century and to this day, the Spanish Health System has endured several attacks as a result of lower budgets, changes in its public nature and a halt in nursing development. But in fact, the policies which promote the development of nursing and primary care have empirically proved to be an asset guaranteeing the survival of the system itself. As main agents, we shall lead and boost its necessary implementation.

Key words: Public Health Policy, Primary Health Care, History of Nursing, World Health Organization, Public Health.

## INTRODUCCIÓN

El siglo XX entraba en la historia con atributos similares e incluso recrudescidos tras la convulsión europea decimonónica. Los Imperios y Estados coloniales europeos, que reorganizaron el tablero internacional con ejemplificaciones como el Tratado de San Stefano y de Berlín en 1878, para delimitar el marco político balcánico; y la Conferencia de Berlín (1884-1885), para establecer fronteras políticas en el continente africano, no acabaron de alimentar unas ansias expansionistas y unas rivalidades cada vez más grandes y evidenciadas. En este escenario, los tambores de guerra sonaron en Europa cuando el heredero al trono Imperial de Austria-Hungría es asesinado en Sarajevo el 26 de junio de 1914. Un suceso que sirvió como pretexto canalizador de las tensiones europeas, a las que luego se sumaron potencias americanas y asiáticas, para desembocar en la primera conflagración mundial de la historia, que sumió al viejo continente en un período bélico de cuatro años. El saldo de la denominada “Gran Guerra”, además de una Europa devastada, fueron diez millones de muertos, constituyendo el caldo de cultivo para el primer estado comunista y el germen de los totalitarismos fascistas de los años veinte y treinta del siglo pasado (1).

Estas circunstancias perinatales al siglo XX, y posteriores a 1918, condujeron, de igual manera, a otra contienda de grandes dimensiones y de mayores consecuencias demográficas, políticas, económicas o sociales, la II Guerra Mundial. Las secuelas, sesenta millones de muertos, un nuevo mapa político europeo y una rivalidad social, política, militar y tecnológica entre el resultante, y otrora aliado, mundo comunista y el capitalista, que marcarían la nueva época venidera en la que el hecho diferencial fue la voluntad ciudadana mundial de mantener la paz (2). El espíritu de la estéril creación de la Sociedad de las Naciones en 1919, en el período de entreguerras, daba lugar ahora a la creación de la, aún vigente, Organización de las Naciones Unidas, O.N.U. en 1945 con el objetivo fallido de su predecesora, evitar un nuevo conflicto mundial de consecuencias similares. A tenor de la creación de esta estructura mundial, en 1948 se funda la Organización Mundial de la Salud, (O.M.S.), con objeto de velar y promover la salud internacional (3).

Paralelamente al contexto expuesto y al consenso mundial de pacificación, se instauró en las democracias occidentales un acuerdo no escrito entre los partidos políticos conservadores, demócratacristianos, liberales, socialistas, laboristas y socialdemócratas para la creación de un estado social concomitante a un sistema económico de libre mercado, dando lugar al llamado “Estado del Bienestar”. El auge de los partidos y los postulados socialdemócratas en Europa dieron lugar, con este tácito pacto, a los sistemas de pensiones, servicios sociales, educación y sistemas sanitarios públicos, elementos, que sólo tienen un tímido precedente de implantación durante la Alemania de Otto von Bismark. Sin embargo, estos supusieron un elemento impulsor de igualdad social entre la ciudadanía europea, ya que la capacidad de curarse dejó de depender de los ingresos familiares, y el Estado pasa a ser el proveedor de algo que comenzó a considerarse como derecho fundamental, la salud (4, 5).

Un claro ejemplo de este nuevo paradigma expuesto anteriormente, fue la creación en 1948 del National Health Service (Servicio Nacional de Salud), (NHS) en el Reino Unido de la mano del político laborista Aneurin Bevan, quien en su obra “En lugar del miedo”, exponía, “La sociedad se vuelve más sana, más serena y más sana espiritualmente, si sabe que sus ciudadanos tienen en la parte posterior de su conciencia el conocimiento de que, no sólo ellos mismos, sino todos sus compañeros, tienen acceso, cuando estén enfermos, a lo mejor que puede proporcionar la habilidad médica”(6). Así, la esperanza y la calidad de vida de los europeos comenzó a incrementarse de manera exponencial desde entonces (7).

Desde su creación, la OMS ha ido trabajando ingentemente por asegurar la seguridad sanitaria y el fomento de conductas saludables en el ámbito internacional. Su labor en la lucha contra numerosas enfermedades infecciosas, el esfuerzo por establecer criterios clínicos para la diferenciación de afecciones y las campañas sanitarias con objeto promotor y preventivo, han convertido a este Organismo en una referencia incuestionable en materia sanitaria y de salud.

En 1978 la O.M.S., el Subdirector de la Organización, David de Tejada, da un paso más en la tarea referencial del ente y organiza de mano del Director General de la misma, Halfdan T. Mahler, la “Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud” en la ciudad de la por entonces Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (U.R.S.S.), Alma Ata (actual Kazajstán). De esta Conferencia resultaron varios elementos que cabe resaltar; el más importante, el asentamiento de una nueva definición de salud: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades», que permanece actualmente vigente y consensuadamente es la más aceptada. Otro, es la enfatización que se hizo de la equidad, la igualdad económica o la implicación política y gubernamental en el proceso y los determinantes de salud. Por último, son destacables, por un lado, el objetivo de “Salud para toda la humanidad en el año 2000”, y una decidida potenciación de la Atención Primaria como promotor y garante de la consecución del objetivo mencionado (8).

Estas iniciativas a finales de los años setenta fueron armónicas con el momento histórico que se vivía, pero paradójicamente también, contemporáneas al debilitamiento que por aquel entonces se daba del mundo comunista, junto con el renacimiento y reforzamiento de las ideas individualistas, liberales y contrarias a la injerencia estatal en la vida del ciudadano, en el mundo capitalista. El *laissez faire* económico, social y moral, que emanaba de los postulados de la Escuela Austríaca de Mises y Hayek, se sustanció política y programáticamente en el ejercicio del poder del Partido Conservador de Margaret Thatcher, Primera Ministra del Reino Unido desde 1979 y del Partido Republicano de Ronald Reagan como Presidente de los Estados Unidos de América desde 1981, respectivamente. El impulso del llamado neoliberalismo, liquidaba el acuerdo tácito de 1945 entre fuerzas políticas, en base a la aceptación socialdemócrata de praxis política, social y económica, una doctrina en la que la OMS seguía, y sigue encuadrada. Finalmente, la ruptura del bloque soviético a partir de 1989 y la extinción de la U.R.S.S. en 1991 por el impulso de la Perestroika (reconstrucción) y la Glasnost (apertura) del dirigente soviético, Mijail Gorbachov, abrieron el camino a la asunción mundial del neoliberalismo y, por consiguiente, a una cada vez menor participación estatal en la vida de la población (9).

En el contexto de los antecedentes expuestos, España, había sido un *rara avis* dentro del ámbito europeo, pues junto al vecino luso, fueron los únicos del Continente donde se mantuvo el fascismo hasta 1975, momento en el que se inicia el período democrático. El advenimiento de la Constitución de 1978 recogió en su articulado el derecho a la protección de salud (Artículo 43) después de las iniciativas ya obsoletas de las leyes de Sanidad españolas de 1855 y 1944, respectivamente. Los gobiernos centristas y moderados entre 1977 y 1982, dieron paso a la llegada al poder del Partido Socialista Obrero Español (P.S.O.E.) con mayorías palmarias, un hecho que favoreció, contrariamente a lo que sucedía en el mundo, el impulso y la creación de numerosos elementos conformantes del Estado de Bienestar. Estos se plasmaron en la Universalización de la Sanidad, la consideración como derecho de la salud y la potenciación de la formación posuniversitaria de los trabajadores sanitarios. Todo ello quedó encuadrado en la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril del entonces ministro Ernest Lluch, que universaliza en España el derecho a asistencia sanitaria, potencia la Atención Primaria y establece las Áreas y las zonas Básicas de Salud; siendo todo ello, una clara muestra de seguimiento de las conclusiones y trabajos, en Alma Ata, de la O.M.S. (10).

Es precisamente en este panorama en el que la Enfermería española adquiere un papel relevante, ya que por primera vez en su historia y gracias al acceso de sus estudios al marco universitario, que se había producido unos años atrás en 1977, las enfermeras toman una posición independiente y responsable en la atención a la salud de la población (11). Una cuestión que queda patente en las palabras del entonces Director General de la OMS Halfdan Mahler (Mahler, en 1985), al identificar a la enfermera comunitaria como el profesional líder en las estrategias a poner en marcha para lograr la Salud para Todos en el Siglo XXI, siendo esta la profesión con posiblemente mayor cercanía a la realidad social de la población (12).

El inexorable paso del tiempo, las cambiantes circunstancias políticas, sociales y económicas, las crisis de crudo y financieras, y la asunción generalizada de los postulados neoliberales, han provocado un debilitamiento del pacto social posterior a 1945 y un abandono del consenso, también en materia de salud, del mundo occidental. Con estas perspectivas y una ideología individualista triunfante, la O.M.S., hoy, mantiene intactos sus principios y las soluciones a los problemas de salud vigentes. Expertos mundiales, y españoles como Rafael Bengoa, Fernando Lamata, o el ya fallecido David de Tejada, continúan entonando el discurso que una vez fue consensuado en una ciudad kazaja en 1978: Potenciación de la Atención Primaria como elemento central de servicio de salud, salud para todos y compromiso gubernamental interno y de cooperación con otros en la garantía de este derecho (8).

Este trabajo pretende realizar un recorrido histórico detallado sobre la coyuntura sanitaria de cada período, así como el papel y lugar que han ocupado los profesionales enfermeros en cada proceso. Igualmente, se reflexionará sobre los elementos depreciadores del SNS y se afrontará con hechos, de manera fehaciente, cómo nuestra profesión es la garante de la supervivencia del sistema de salud. Esto vendrá de la mano de la adopción, precisamente, de los postulados de Alma Ata centrados en la potenciación de la Atención Primaria y que sin duda alguna constituirán un elemento clave en el reforzamiento de la Enfermería.

#### **Objetivo general:**

-Analizar los distintos elementos que han intervenido en el desarrollo y configuración del perfil enfermero en nuestro país, así como su concomitancia en la edificación y estructuración de la sanidad española. Todo ello con el fin de establecer la trascendencia y el protagonismo futuro de la Enfermería como elemento garante del Sistema Nacional de Salud.

#### **Objetivos específicos:**

- Describir la creación del SNS y su devenir y el de la Enfermería desde un punto de vista político, histórico, social y económico.
- Analizar la coyuntura y la labor de Enfermería en el contexto actual.
- Identificar los elementos que sitúan a la Enfermería como profesión imprescindible del contexto sanitario futuro.

Los cuidados Enfermeros, garantía de futuro.

### **Descripción de los capítulos**

Para la realización de este trabajo, decidimos disgregar el mismo en tres partes.

En la primera de ellas, realizamos un recorrido histórico desde inicios del siglo XIX hasta finales del siglo XX exponiendo las coyunturas y la evolución del sistema sanitario y de la Enfermería española.

En el segundo capítulo, se abordan los cambios estructurales en el SNS desde los años noventa, y las implicaciones que esto ha tenido para la profesión enfermera hasta el momento actual.

En el tercer, y último capítulo, analizamos los avances conceptuales y políticos que establecieron la Atención Primaria y los conceptos de prevención y promoción como motores de un nuevo paradigma sanitario, para acabar exponiendo cómo la Enfermería demuestra ser la profesión posibilista de la consecución de ese cambio.

### **Motivo de Elección**

El interés histórico, filosófico y político han sido una constante en nuestro desarrollo vital, y la pasión por estas disciplinas como elementos necesarios para entender las coyunturas sociales determinadas ha influido, incuestionablemente, al igual que nuestra formación académica y contacto directo con una profesión a través de las prácticas asistenciales; en nuestra formación general de Graduado en Enfermería. La implicación social y política han sido determinantes a la hora de elegir el tema a tratar en este Trabajo de Fin de Grado; cómo la Enfermería es el instrumento capaz de articular la respuesta futura necesaria, mediante su potenciación, y la garantía para mantener el carácter público del Sistema Nacional de Salud. El resultado mismo, ha supuesto un incremento notable de mis conocimientos sobre el ámbito sanitario y sobre la profesión que hace cuatro años tuve la fortuna de poder elegir.

### **Estrategia de Búsqueda**

Para la realización de este trabajo nos hemos servido de una serie de recursos bibliográficos como Dialnet, PubMed, Scielo, Scopus, y Google académico, a los que llegamos a través de los Descriptores de Ciencias de la Salud, DeCS y MeSH, y que ya establecimos en el resumen de este Trabajo de Fin de Grado. A saber: Políticas Públicas de Salud (Public Health Policy), Atención Primaria de Salud (Primary Health Care), Historia de la Enfermería (History of Nursing), Organización Mundial de la Salud (World Health Organization), Salud Pública (Public Health).

Dada la necesidad de ampliar nuestras bases de información para este documento, aumentamos el espectro de búsqueda con fuentes entre las que cabe destacar el Boletín Oficial del Estado, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; La Organización Mundial de la Salud, El Instituto Nacional de Estadística, Redacción Médica o el diario EL PAÍS, así como tesis doctorales o Trabajos de Fin de Grado pretéritos, entre otros.



# 1. EL RECORRIDO HISTÓRICO

## 1.1. Historia de la sanidad y la Enfermería españolas

España fue uno de los países pioneros en el establecimiento de un marco legislativo que limitase la, por aquel entonces, generalizada acumulación de los tres poderes expuestos por Montesquieu durante el Antiguo Régimen, a través de la llamada “constitución política de la monarquía española”, o comúnmente conocida como “La Pepa” (13, 14). Promulgada el 19 de marzo de 1812 en la ciudad milenaria de Cádiz, podemos encontrar en esta demarcación legislativa las primeras referencias en materia sanitaria, bebiendo de las iniciativas más ambiciosas que buscaban la dotación por parte del Estado de un sistema de atención sanitaria de, por ejemplo, la Francia revolucionaria y su *Comité de Salubrité* (15). La Constitución española de 1812 no recoge en su articulado muchas referencias en lo que a este sentido se refiere; únicamente dos artículos se manifiestan sobre este respecto. Por un lado, el capítulo VII, art. 131, “vigésimatercia” disposición: “Aprobar los reglamentos generales para la policía y sanidad del Reino” y por otro, el capítulo II, que recoge “a cargo de los ayuntamientos” las disposiciones, primera: “La policía de salubridad y comodidad”; y sexta: “Cuidar de los hospitales, hospicios, casas de expósitos y demás establecimientos de beneficencia, bajo las reglas que se prescriban” (16, 17).

La voluntad de asumir estatalmente la salud de los españoles como *res publica* queda paralizada con la vuelta al absolutismo de Fernando VII. Una tímida reforma en 1816, que se circunscribió a la capital del reino, en lo que a aplicación se refiere, intentó establecer el entramado legal del sistema de Beneficencia existente. Con el advenimiento del Trienio Liberal en 1820, y el consecuente restablecimiento de la Constitución de 1812, se promulga la llamada “Ley de Beneficencia” de 1822 que recogía la dependencia de hospitales, hospicios, y demás centros de beneficencia, de la administración estatal, provincial o municipal (10, 18, 19). 1849 traerá consigo una nueva Ley de Beneficencia por la cual el municipio disminuye su protagonismo preponderante en la dotación de la asistencia sanitaria, otorgando mayor protagonismo a los ámbitos provincial y estatal (20).

El reinado de Isabel II, en una época de soporte liberal a la monarquía, y durante la presidencia del liberal-progresista, Baldomero Espartero alumbró la Ley Orgánica de Sanidad de 1855. Para la promulgación de esta Ley, se ha de tener en cuenta como verdaderos revulsivos, la influencia que médicos liberales como el pucelano Mateo Seoane y el que fuera alcalde de Madrid, Francisco Méndez Álvaro, entre otros, tuvieron sobre el Gobierno o la amenaza cólera que asolaba el viejo continente. Pero el hecho determinante fue, sobre todo, la insistencia británica al Gobierno español para la adopción de medidas legislativas al respecto. La mentada norma trajo consigo el recogimiento de la Dirección General de Sanidad, creada en 1847 por las necesidades censales y de información sobre los afectados por la cólera, que dependía del ministerio de la Gobernación (Ministerio homologable, más o menos, al actual Ministerio del Interior). “Las inspecciones, las sanciones, los premios, y la función pública sanitaria”, entre otras tareas, eran las competencias atribuidas a la Dirección General de Sanidad que ramificaba su labor y presencia, a su vez, provincialmente en los jefes políticos y municipalmente, en los subdelegados (21). La ley recogía la hospitalización en el domicilio, el valor de la prevención en salud o la prerrogativa de las administraciones locales en la dotación de plazas de cirujanos, farmacéuticos y médicos (17, 10).

La anteriormente mencionada Ley Orgánica de Sanidad de 1855 mantuvo su vigencia hasta ya entrado el siglo XX, sobreviviendo al pretérito y agitado siglo XIX español, precisamente por la

convulsión característica de este período secular. Tras la primera experiencia republicana en España, y un proyecto constitucional infructuoso (la Constitución *non nata* de 1873) que contemplaba las mismas referencias a la salud u hospitales que la Carta Magna de 1812, pero desde un prisma federal, llega la llamada Restauración Borbónica de 1875 y su Constitución de 1876 no recoge ninguna referencia a la sanidad (21). La España reaccionaria de la Restauración, incluso depuso la existencia, varias veces, de la Dirección General de Salud hasta su implantación y mantenimiento definitivo en 1922 (22).

En el contexto decimonónico en España, es importante considerar la Ley de Instrucción pública de 1857, comúnmente denominada como ley Moyano (23). En dicha normativa, se determinaba la necesidad de un reglamento para el ejercicio del practicante, estableciendo “los conocimientos prácticos que se han de exigir a los que aspiren al título de practicantes” (artículo 40), de “matrona o partera” (artículo 41) y la tarifa de los derechos del “título” de practicante, cifrado en 800 reales de vellón (24). El reglamento al que hacía referencia la ley llegó en 1888 de la mano del ministro de Fomento, José Canalejas y Méndez, y en sus catorce artículos se establecían los conocimientos que practicantes y matronas debían poseer, así como los mecanismos de obtención del título en cuestión. Este RD consideraba las profesiones homologables a la actual Enfermería como “profesión auxiliar de la Medicina” (25). Es durante esta segunda mitad del Siglo XIX cuando se crea en 1880, concretamente, la primera Escuela de enfermeras en la villa de Madrid (26, 27, 28).

Entre 1901 y 1902 se reordenan las carreras de Matrona y Practicante y se establecen los planes de estudio, y en 1904 con la Ley de “Instrucción General de Sanidad Pública” se supedita la labor y la situación de regularidad de las “profesiones sanitarias”: “[...]El Arte de los partos, el del practicante, [...]” al control de los subdelegados provinciales (artículo 64), y se establece una ratio de un médico y un practicante “titulado”, “al menos por cada 300 familias indigentes” (artículo 91) (29). Pero habrá que esperar hasta la segunda década del siglo XX que trajo consigo la Real Orden del 7 de mayo de 1915 del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, como marco regulador de la profesión enfermera, estableciendo temario y exámenes para la obtención del título, ahora sí, propiamente dicho de enfermera (30). Poco después en 1917, ante la palpable necesidad de enfermeras y asistencia sanitaria que la Segunda Guerra de Marruecos o Guerra del Rif precisaba, se crea el Cuerpo de Damas Enfermeras de la Cruz Roja para coyunturas bélicas y se establece la preparación necesaria para su adscripción (28, 31, 32).

El tambaleo del régimen de la Restauración a finales de la segunda década del Siglo XX dio paso a la dictadura del general Miguel Primo de Rivera, durante cuyo mandato (1923-1930) se crea La Escuela Nacional de Sanidad (1924) donde se prepararía profesionalmente a “los grupos auxiliares” de la Medicina y se establece la obligatoriedad de servicios municipales de Matronas para asistir a las mujeres pobres de la zona. La Real Orden del 24 de febrero de 1927, unifica los criterios y la regulación establecidas para el desempeño de la labor de Enfermería tanto en el ámbito secular como en el civil y en el ámbito público o privado, aludiendo a las bases establecidas en la previamente citada R.O. del 7 de mayo de 1915, como criterio necesario para ejercer la *praxis* enfermera (26, 32).

La mala gestión que la dictadura hizo de los problemas españoles, la connivencia de la Monarquía con la misma y el intento de continuar un régimen autoritario tras la dimisión de Rivera en 1930 con la “dictablanda” de Berenguer, impulsó el apoyo popular a los partidos republicanos y de izquierda, que en las elecciones del 12 de abril de 1931, tras una contundente victoria electoral en las grandes urbes, donde el pucherazo electoral se antojaba inviable, Alfonso XIII abandona España y el 14 de abril se proclama la Segunda República Española. Las Cortes Constituyentes inmediatas a la proclamación de la nueva forma de Estado, alumbraron la Constitución de 1931, que recogía en su articulado “Son de la exclusiva competencia del Estado español la legislación y la ejecución directa [...]” de la “Defensa sanitaria en cuanto afecte

a intereses extrarregionales” (artículo 14, punto 15) y por primera vez en el artículo 15, la posibilidad de establecer una legislación de ámbito regional en el plano sanitario: “Corresponde al Estado español la legislación, y podrá corresponder a las regiones autónomas la ejecución, en la medida de su capacidad política, a juicio de las Cortes sobre las siguientes materias: [...] 7ª. Bases mínimas de la legislación sanitaria interior.”(34).

El período republicano alcanzó su cénit con la creación de la Ley de Bases de Régimen Sanitario de julio de 1934, impulsora de “Centros de Higiene rural” dependientes de la Dirección General de Sanidad, como elemento garante de un mayor número de población atendida. Con la creación de estos centros aparece el homólogo actual del “médico de familia”, pero sin hueco alguno para la Enfermería. El golpe de estado del 18 de julio de 1936 truncará el período reformador e iniciará una encarnizada contienda fratricida que culminará con la conquista franquista de Madrid en abril de 1939, dando inicio a la dictadura del General Francisco Franco. Durante la contienda, cabe destacar que el Frente Popular dictó documentos que recogían la necesidad de que la salud de la población se viese garantizada mediante “la promoción, la universalización y la gratuidad” de un sistema de cobertura sanitaria (35).

La dictadura franquista impulsaría en 1942 el SOE (Seguro Obligatorio de Enfermedad) para ofrecer cobertura sanitaria a las clases menos pudientes de la sociedad, pero obviando una gran mayoría de la población (36). Más tarde se recogerá la asistencia sanitaria en el “Fuero de los Españoles” del 18 de julio de 1945, concretamente en su artículo veintiocho, la garantía de que el Estado ofrecerá a sus trabajadores “seguridad de amparo en el Infortunio” y “reconoce el derecho a la asistencia” por motivos de “vejez, muerte, enfermedad, maternidad, accidentes del trabajo, invalidez, paro forzoso y demás, riesgos que pueden ser objeto de seguro social” (37).

La Ley de Bases de la Sanidad Nacional del 25 de noviembre de 1944, que en último término no es más que la moderna continuación de la citada Ley de 1855, que continúa, por tanto, en la concepción paradigmática de que la atención sanitaria debe darse sobre problemas sanitarios generales, no afecciones individuales con una atención pormenorizada (10, 38). Esta norma, sin embargo, establecería las tres profesiones consideradas, aún, auxiliares de la Medicina: Enfermería, Matronas y Practicantes, que poco tiempo después, el 27 de junio de 1952, se unificarían todas ellas en el Ayudante Técnico Sanitario, A.T.S., aunando la formación de estas otrora, separadas disciplinas y dotando de valor el desempeño del rol enfermero. En 1955 España ingresa en la ONU al adherirse al bloque capitalista liderado por EE. UU. y su entonces presidente, Dwight D. Eisenhower, y, por ende, en la Organización Mundial de Salud, creada en 1948 (28, 39, 40). La apertura española, de nuevo, al ámbito internacional, mejoró la situación económica del país e indujo a la promulgación de la Ley General de la Seguridad Social de 1966, que incrementa notablemente la cobertura sanitaria (41).

En 1975 Franco fallece y la voluntad democratizadora en España se adviene notable. La Ley General de Educación y Financiación de la Reforma Educativa del 4 de agosto de 1970 impulsada por el ministro franquista José Luis Villar Palasí y que supuso un incremento de la cobertura educativa en España, otorgó, en el ámbito de la Enfermería, la posibilidad de que las escuelas de Ayudante Técnico Sanitario se autoerigiesen, bien como escuelas universitarias, bien como Centros de Formación Profesional, pero impidiendo la formación postgrado, dando lugar a un complejo entramado legal (42). Las crecientes reclamaciones sociales abarcaban también el ámbito de la Enfermería, y en 1977 a través del RD 2128/1977 del 22 de agosto, la formación de ATS se integra en la universidad, pasando las Escuelas de Ayudante Técnico Sanitario a denominarse Escuelas Universitarias de Enfermería para los cursos 1978-1979 estableciéndose 3 años de formación para la obtención de un título que conllevaría un peso menor que la licenciatura (11). El Ayudante Técnico Sanitario, A.T.S., pasaba a denominarse Diplomado Universitario en Enfermería, D.U.E. En 1980, a través del RD 111/1980 del 23 de enero, se

establecieron las bases para la concesión de la diplomatura de Enfermería a aquellos profesionales formados con anterioridad a 1978 (43).

La democracia española se asentó y delimitó su entramado legal con el gran consenso constitucional de 1978 entre los partidos políticos de la Unión de Centro Democrático, el Partido Socialista Obrero Español, el Partido Comunista de España, el Partido Socialista Unificado de Cataluña, los nacionalistas catalanes y una parte de Alianza Popular. Esta Constitución recoge en su articulado “el derecho a la protección de la salud” en su artículo 43, punto uno; y la competencia estatal de “organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios” aduciendo que “La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”, todo ello en su punto dos. Es de cierta notoriedad el punto tres del artículo que tratamos, pues se recoge en él, los principios motrices de la OMS y de Alma Ata de Prevención y Promoción de Salud: “Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio” (44).

El asentamiento democrático vino con la victoria electoral del Partido Socialista Obrero Español de 1982, y las cuantiosas reformas que los socialistas implementaron, tuvieron, también, incidencia en el plano sanitario. Ernest Lluch, Ministro de sanidad impulsó la Ley General de Sanidad, 14/1986 del 26 de abril, que concede la universalidad de acceso al sistema sanitario español y que adoptaba la filosofía y los preceptos de la Conferencia de 1978 en Alma Ata (artículo tercero de dicha norma), con un claro impulso y reforzamiento de la Enfermería (10).

## **1.2. Enfermería en democracia. el encumbramiento**

La ley General de Sanidad de 1986 impulsada por el Ministro Ernest Lluch supuso un hito de incuestionable trascendencia en la historia sanitaria española. La norma adapta e integra a la idiosincrasia política, social y sanitaria los objetivos establecidos en la Conferencia de Alma Ata de 1978, estableciendo en su articulado la universalización del Sistema Nacional de Salud español: “Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional” (artículo 1, punto 2) y “Los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan” (artículo 1, punto 3) (10).

La implantación de esta ley no sólo trajo consigo la extensión de la cobertura sanitaria al porcentaje de población aún no cubierta. Uno de los puntos paradigmáticos de esta reforma legislativa claramente marcada por un proceso de descentralización competencial plasmado en su capítulo tercero, artículo cincuenta y seis. En dicha disposición se establecieron las denominadas “Áreas de Salud” que se erigían como “estructuras fundamentales” de la prestación de salud dentro de las demarcaciones territoriales autonómicas. Su función sería la de gestionar los centros existentes en el territorio establecido y garantizar la dotación de las prestaciones sanitarias además de desarrollar “funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación” en el ámbito de la Atención Primaria y de “la atención de mayor complejidad a los problemas de salud” en centros hospitalarios, donde se administra la atención sanitaria especializada. Cabe mencionar, en este punto, la creación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud que promovería planes sanitarios consensuados entre Estado Central y regiones autónomas, profundizando el carácter descentralizador de esta norma (10).

La ley establecía que las Áreas de Salud abarcarían una población comprendida entre doscientos mil y doscientos cincuenta mil ciudadanos con “como mínimo” un área por provincia, a excepción de las regiones insulares y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla (artículo 56, apartado 5), disponiendo cada área de “al menos” un hospital general (artículo 65) (10).

Esta norma incluye, además, el concepto de la “Zona Básica de Salud” como división resultante del Área de Salud y definida como “marco territorial de la atención primaria de salud donde desarrollan las actividades sanitarias los Centros de Salud, centros integrales de atención primaria” (artículo 63) (10).

El artículo segundo de la Constitución Española de 1978 recogía “la indisoluble unidad de la Nación Española”, pero garantizaba y reconocía “el derecho a la autonomía de las nacionalidades y regiones que la integran” (44). Este artículo y el título octavo de la Carta Magna que nos atañe, establecen la posibilidad de las regiones integrantes del territorio español delimitadas en 1833 por Javier Burgos, de erigirse como organismos autónomos de gobierno, dentro de un marco estatal superior (45). El pacto alcanzado entre la U.C.D. y el P.S.O.E., el 31 de julio de 1981, concretó las 17 autonomías y las dos ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, a través de la llamada LOAPA, Ley Orgánica de Armonización del Proceso Autonómico, (aunque Cataluña y Euskadi ya obtuvieron su estatuto de autonomía en 1979 vía Ley Orgánica) (46, 47, 48). El traspase competencial fue progresivo y desigual en el tiempo, iniciándose la dación legislativa de la gestión autonómica sanitaria en 1981 con Cataluña, concluyendo su implantación mediante una serie de reales decretos promulgados el 27 de diciembre del año 2001 que cedieron la competencia estatal del INSALUD (Instituto Nacional de Salud) a las diferentes comunidades autónomas restantes (49).

La comunidad de Autónoma de Cantabria nacida en 1981 con la promulgación de su Estatuto recogió en el mismo “el desarrollo legislativo y la ejecución” de la “Sanidad e higiene, promoción, prevención y restauración de la salud”, así como “la coordinación hospitalaria [...] incluida la de la Seguridad Social” (artículo 25, apartado 3), así como la “gestión de la “asistencia sanitaria de la Seguridad Social” (artículo 26, apartado 1) (50). Nuestra región, creó su propia filial del Sistema Nacional de Salud, tras la cesión del INSALUD el 27 de diciembre de 2001; el Servicio Cántabro de Salud, a través de la ley de Cantabria 10/2001 del 28 de diciembre, con su consecuente establecimiento del mapa sanitario cántabro legalmente delimitado en el decreto 27/2011 del 31 de marzo (51, 52, 53). Este decreto de 2011 recogía la posibilidad de adaptación que el Servicio Cántabro pudiera sufrir para garantizar la prestación de un servicio sanitario público al conjunto de la ciudadanía de la región, considerando la idiosincrasia geográfica, epidemiológica o generacional de la misma. La última modificación de este se dio a través del Decreto 20/2019 del 7 de marzo, con cambios para los municipios de Santander y Camargo (54).

Paralelamente, la Enfermería avanzaba en su asentamiento social y legal. Poco antes de la ya manida ley General de Sanidad 14/1986, se crean, a través de la Orden del 28 de febrero de 1985 las Direcciones generales de Enfermería con las funciones establecidas en su artículo 7: “Ser responsable ante el director-Gerente del funcionamiento de los Servicios de Enfermería, coordinando y evaluando las actividades de sus integrantes”, “Promocionar y evaluar la calidad de las actividades asistenciales, docente e investigadoras desarrolladas por el personal de enfermería” y “Todas “aquellas funciones que con carácter general correspondan al Director-Gerente y que éste delegue en esta Dirección”(56). Este papel directivo otorgado a la profesión supuso la inclusión en el sistema sanitario de una perspectiva previamente ignorada y conllevó un impulso cualitativo de la Enfermería.

La evolución de la profesión continúa con la llegada de la regulación del título de Enfermero especialista con el RD 992/1987 que recogía siete posibles especialidades. Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas), Enfermería Pediátrica, Enfermería de Salud Mental, Enfermería de Salud Comunitaria, Enfermería de Cuidados Especiales, Enfermería Geriátrica, Gerencia y Administración de Enfermería, que a través de la Orden del 11 de julio de 1988 por la que se constituye el Comité Asesor de Especialistas de Enfermería, se conformaría el órgano encargado precisamente de establecer los criterios formativos de las diversas especialidades de la profesión (57,58). No sería, sin embargo, hasta 1994, cuando se comenzaron a cursar los ciclos

formativos tutelados por el Comité en cuestión, concretamente de Matrona (59). Cabe destacar, además, que el 26 de octubre de 1990 el Real Decreto 1466/1990 establece “el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquél” (60). Con esta normativa, cabe destacar el nacimiento de los créditos en detrimento de las horas como bagaje académico, estableciéndose 180 como número mínimo indispensable para la obtención del título y creándose, además, las asignaturas denominadas “troncales” que debieran ser introducidas en todo plan de estudios que las facultades de Enfermería españolas estableciesen.

El Real Decreto 450/2005, vino suplantarlo al 992/1987, amoldando las especialidades a las demandas poblacionales y a los cambios sociales y epidemiológicos existentes por entonces. Este documento legal estableció como especialidades de Enfermería, la Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), la Enfermería de Salud Mental, la Enfermería Geriátrica, la Enfermería del Trabajo, la Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos, la Enfermería Familiar y Comunitaria y la Enfermería Pediátrica (61). En 2003 llega la ley orgánica 44/2003 para la ordenación de las profesiones sanitarias, LOPS, y en la misma se detallan los criterios comunes nacionales para ejercer alguna de las profesiones relacionadas con el ámbito de la salud. En su artículo séptimo, la tarea de la Enfermería sería “la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades” en su punto segundo, apartado “a”; una clara referencia legislativa al papel preponderante que la Enfermería debería ocupar en el alcance de los postulados de Alma Ata (62).

El proceso que España comenzó en 1986 para la adhesión al ente supranacional que es la Unión Europea, ha reportado numerosos beneficios en diversos ámbitos, también en el de la Enfermería (63). En el año 2000, la Comisión Europea, llevó ante el Tribunal de Justicia de la U.E., la denuncia promovida por el Consejo General de Enfermería Español ante el incumplimiento que la legislación y los planes de estudios establecidos para la profesión en España venían dando con relación a la Directiva Europea 77/453/CEE del 27 de junio de 1977 que establecía “4600 horas de enseñanza teórica y práctica”. Horas que los programas españoles no alcanzaban (64).

El inexorable paso del tiempo y el proceso de integración en la Unión Europea hizo que nuestro país empezase a homologar los estudios universitarios de Enfermería a la realidad europea por el que se unificaban los tipos de carrera universitaria existente (en España existían la diplomatura y la licenciatura, por entonces) (59). En 1998 se produce lo que vino a denominarse la “Declaración de la Sorbona”, una declaración conjunta entre los ministros de Educación de las cuatro principales economías de la Unión Europea; Alemania, Francia, Reino Unido e Italia, para fijar el camino de lo que vendría a ser una entente continental para el establecimiento de un marco europeo educacional superior común, el EEES (Espacio Europeo de Educación Superior) que culminó con la Declaración de Bolonia en junio de 1999 (65, 66, 67).

Este marco europeo delimitó tres niveles formativos de educación superior con créditos “ECTS” (European Credit Transfer System): el Grado de 240 créditos, el Máster de entre 60 y 120 créditos y el Doctorado de al menos 60 créditos (66). La adscripción de nuestro país al llamado plan Bolonia que marcó el año 2010 como tope máximo para el amoldamiento del sistema educativo a las directrices establecidas, obligó a nuestros legisladores a alumbrar el Real Decreto 1393/2007 del 29 de octubre por el que se establece la Ordenación de las Enseñanzas Universitarias Oficiales (68). Es a través de esta disposición legislativa, que las titulaciones universitarias, Enfermería entre ellas, pasarían a denominarse grados, requerirían cuatro años de formación y conllevarían la realización de un trabajo de fin de Grado para la obtención del título. El Grado habilitaría para continuar la formación, como ya indicamos previamente, a través del Máster y el Doctorado como culmen académico. La Enfermería pasaba a considerarse, por tanto, una disciplina científica como cualquier otra (58).

## **2. SANIDAD Y ENFERMERÍA EN LA ACTUALIDAD ESPAÑOLA**

### **2.1. La sanidad española ante el paradigma neoliberal. un paso atrás**

Es innegable que el proceso democratizador de la sanidad, su universalización y su descentralización, por un lado, y el mejoramiento de las condiciones académicas y de prestigio de un elemento trascendente del sistema como es la Enfermería, por otro, han tenido un impacto beneficioso para la población española, del que todavía recogemos fructíferos datos demográficos, de salubridad y de bienestar social. A colación del informe publicado en 2018 por la agencia financiera Bloomberg, queda constatado que la sanidad española ocupa la tercera posición mundial en eficiencia, tras Hong Kong y Singapur, y el primer puesto en lo que al ámbito sanitario europeo se refiere, atendiendo a variables como porcentaje del Producto Interior Bruto destinado al SNS, esperanza de vida al nacer o gasto sanitario per cápita dedicado (69).

A tenor de los datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística, entre 1997 y 2017 (aunque los correspondientes a 2017 son una proyección, en tanto que el último informe data de 2016) España ha pasado de 75,3 años de esperanza de vida a 80,4 años, en el caso de los hombres, y de 82,2 años a 85,7 años en el caso de las mujeres, superando de manera clara la media europea establecida tanto para el rango masculino como para el femenino. Las perspectivas a futuro realizadas por la misma institución, para el año 2065, hablaban de 88,6 años para los hombres y de 91,6 años en el caso de las mujeres (70).

Por otro lado, el informe “Estadística de Gasto Sanitario Público” (EGSP) que el Ministerio de Sanidad viene realizando desde mediados de los años 90 del siglo pasado, mostró que para el año 2017 el gasto sanitario fue de 68.483 millones de euros, equivalentes a un 5,9% del PIB de la nación y a un desembolso per cápita de 1472 euros. Desde 2013, la partida destinada a Sanidad se ha mantenido en la media del 6%, con incrementos progresivos, aunque tímidos en la cuantía total y en el establecido por ciudadano. El incremento en el quinquenio establecido entre 2013 y 2017 fue del 2,6%, frente al 3,3% de crecimiento del PIB estatal. Del total del gasto en Sanidad, la remuneración percibida por los trabajadores del SNS abarca un 44,1% del mismo, un 25,2% correspondería al Consumo Intermedio, un 17,6% a transferencias corrientes, un 11,1% a conciertos establecidos entre el SNS y entes privadas, un 1,6% a gasto de capital y un 0,4% restante a consumo de capital fijo. El grueso del esfuerzo destinado a sanidad lo realizaron las comunidades autónomas; un 92,7% del total, frente al 1% del ámbito central (71, 72).

Es necesario señalar que, a pesar de estos datos ofrecidos, y de la clasificación anteriormente citada; el “Euro Health Consumer Index 2017”, que establece un ranking sanitario resultante de las percepciones de los pacientes, adjudicó a nuestro país el puesto decimonoveno de la Unión Europea en mejor calidad sanitaria. De España, el informe destaca la descentralización característica, pero advierte de la “dependencia” que el sistema español tiene de la atención sanitaria privada (73).

Nuestro país posee indicadores notablemente positivos en términos de bienestar como una baja exposición a factores de riesgo en salud, el acceso a una integral atención sanitaria o una de las mayores esperanzas de vida del globo, pero España ha venido sufriendo una depreciación del carácter público del sistema por una voluntad de controlar el creciente gasto destinado, y que merece ser resaltado (74).

El SNS introdujo a través de la ley 15/1997 del 28 de abril “sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud” un cambio paradigmático; se abrió la veda para que organismos o entes privados tuvieran la posibilidad de gestionar y garantizar la prestación de los servicios sanitarios a través del artículo 1 (y único), punto 2 de dicha normativa (75).

En 1995 España comienza a virar territorialmente en sus preferencias políticas con ejemplos arquetípicos en la Comunidad de Madrid o la Comunidad Valenciana (76). En esta última, su Consejero de Sanidad, Joaquín Farnós, propuso la gestión privada de un hospital público en la ciudad valenciana de Alzira para atender sanitariamente a la comarca de la Ribera, área sanitaria 10 de la Comunidad Valenciana (77). El 1 de enero de 1999, este modelo se puso en marcha para atender a 235.000 ciudadanos de 29 municipios pertenecientes al área de salud citada. Esta experiencia merece ser desglosada (78).

El modelo Alzira establecía un sistema contractual para diez años, prorrogable a quince, por el cuál la financiación se veía garantizada por la administración pública valenciana, pero la concesión de los servicios concernía a entidades privadas poseedoras de la contrata, como eran la aseguradora Adeslas en un 51%, cajas de ahorros varias en un 45% y un último 4% de las constructoras Dragados y Lubasa, con un 2% respectivamente. La Comunidad Valenciana supervisaría el cumplimiento de los compromisos adquiridos y de la prestación de los servicios a través de una Comisión dependiente de la Consejería de Sanidad. Pero este modelo ha sido, desde su implantación, polémico y poco transparente en la dación de datos que permitan de manera objetiva evaluar la idoneidad o eficiencia del sistema público-privado en Alzira, aunque cabe destacar ciertos elementos que inducen al cuestionamiento de la supuesta ventaja de este (78).

La connivencia político-empresarial firmante del contrato tuvo con Manuel Marín su máximo exponente. El que fuera encargado de la comisión supervisora del modelo, nombrada por la Generalitat Valenciana, acabó como gerente del hospital en cuestión y el último consejero delegado del consorcio fue Alberto de la Rosa, hermano de un Consejero del Gobierno del partido político que implanta el modelo. Además, las cajas de ahorros poseedoras del 4% del ente público-privado, tenían entre sus directivos a políticos o personas nombradas por éstos, y el ahorro anunciado para las arcas públicas con la adopción del sistema no ha sido demostrado por organismos auditores no implicados en el sistema mismo, de hecho, el último ejecutivo valenciano ha aumentado los costes del modelo desde abril de 2003 hasta abril de 2018 en más de 2000 millones de euros, sin contar los servicios que se excluían en el contrato y que fueron garantizados por la administración pública. En abril de 2018, el coste por paciente al año había aumentado hasta los 777 euros y, además, ciertos profesionales valencianos como el médico Pedro Lorente García, presidente de la “Asociación Ciudadana de Defensa de la Sanidad Pública” puso el grito en el cielo revelando las condiciones laborales de los empelados del sistema de Ribera Salud: 200 horas anuales más que sus homólogos del sistema netamente público y con un sueldo un 15% inferior comparativamente (79, 80, 81).



La Comunidad de Madrid también apostó por el modelo de pago capitativo entre administración pública y empresas privadas desde los años 90, hasta tal punto que, en 2012, el ejecutivo madrileño planteó la privatización de todos los hospitales públicos que la comunidad hubo inaugurado en 2008 y de 40 de los 400 centros existentes en la región. La movilización social y un recurso interpuesto por los partidos políticos opositores en Madrid paralizó cautelarmente, en septiembre de 2017, el proceso emprendido que fue finalmente paralizado ante el fallo de la sección tercera el Tribunal Superior de justicia de Madrid, con un pronunciamiento judicial proclive a los argumentos expuestos en la denuncia: reducción de recursos públicos destinados a sanidad, aminoramiento de la plantilla del Servicio Madrileño de Salud e irregularidades en la concesión de los contratos (82, 83).

Cantabria también tuvo, y aún tiene, su propia experiencia privatizadora, cuando en 2013, la última fase de construcción del HUMV de Santander trajo consigo el establecimiento de un contrato de colaboración público-privado, blindado legalmente entre el hospital y la empresa FERROVIAL, por la que la administración pública se compromete al pago de 33 millones de euros anuales por un período de 20 años con la contraprestación de garantizar el acabado del sanatorio. Contrato no exento de polémica entre los trabajadores, y de sobrecostes, por otra parte (84, 85).

La reversión del modelo valenciano ha supuesto para el Hospital, ahora netamente público, un incremento de profesionales, una reducción de listas de espera, y también una mayor actividad derivada. Por su parte, en agosto de 2018, un informe de la Cámara de Cuentas evidenció que no existe prueba alguna de la supuesta eficacia del sistema de privatización sanitaria madrileña, cuestionando el supuesto ahorro en los costes finales. El experto y profesor de la Universidad Pompeu Fabra, Sergi Jiménez disertó recientemente que: “Lo mejor y lo más barato es tener una sanidad pública eficiente, eso es clarísimamente más barato” (79, 86, 87).

Pero la depreciación que el sistema público de salud vino sufriendo desde los años 90 en algunas regiones españolas, se agravó y generalizó con la llegada de la crisis económica iniciada en 2008. Para el año 2010, ante un galopante 11,2% de déficit público, el gobierno de España introdujo el Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se sometía al funcionariado público a una reducción salarial con depreciaciones variables dependiendo del puesto, el salario, la antigüedad o la existencia de plaza fija. La Enfermería, obviamente, entre ellos (88, 89, 90).

Con la excusa de la crisis económica, se promulga el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Este Real Decreto venía a dinamitar el cariz universal que la sanidad española adquirió con la ley General de Sanidad de 1986, expulsando para 2013, según datos del diario EL PAÍS, a 873000 mil personas, al establecerse, dicha legislación mediante, la necesidad del aseguramiento para poder percibir una prestación sanitaria (91). Es decir, según el artículo tercero, punto segundo de dicho RD serían personas “aseguradas”: “a) [...] trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta. b) Ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social. c) Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo. d) Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo y figurar inscrito en la oficina correspondiente como demandante de empleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título” (90). Exentos de esta situación de “aseguramiento” estarían las personas en situación irregular, los jóvenes mayores de 26 años sin contrato laboral o los discapacitados con un grado menor al 65% como viene recogido en el artículo tercero, punto cuarto (90).

A esto debemos sumarle el “medicamentazo”, que eliminó 456 fármacos de los cubiertos financieramente por el S.N.S., la entrada en vigor de un “copago” farmacéutico del usuario dependiendo de sus ingresos (que evidenció una reducción en la adherencia al tratamiento de los crónicos) o el abono a realizar por desplazamiento en ambulancia fueron reformas que alteraron de manera clara el carácter público del Sistema Nacional de Salud en España (92). Todo ello con la premisa gubernamental que auguró un ahorro de 500 millones de euros para las arcas estatales (91).

Al devenir de esta serie de políticas que afectaron de manera incuestionable a la Enfermería en el plano salarial, pero también ético, debemos sumar el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad que incrementó de 35 a 37,5 las horas semanales a realizar por la profesión. Además de cobrar menos, trabajaríamos más. Según datos ofrecidos por SATSE en 2012, los enfermeros concretamente cántabros, trabajarían 21 horas más al año, teniendo, además que recuperar el 24 y 31 de diciembre y el 7 de abril, y no se renovarían 80 contratos eventuales, solamente para el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (93, 94, 95).

Pero el ataque a la línea de flotación más doloso para la Enfermería española en este periplo de involución vino con el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. Este Real Decreto, según SATSE y el Consejo General de Enfermería de España, fue modificado unilateralmente por el Gobierno de España tras el acuerdo alcanzado en el Consejo Interterritorial en lo que a preinscripción española se refiere. La modificación final de parte y el establecimiento perceptivo de la regulación legislativa en cuestión, impedía a los enfermeros utilizar medicación o material medicinal que estuviese sujeto a prescripción médica, pero también de los que no, por lo que dependeríamos en cada acción llevada a cabo por un facultativo. Solamente una acreditación administrativa que habilitase la dispensación de material medicamentoso sería capacitante para el uso autónomo de productos sanitarios. Según SATSE y el Consejo General de Enfermería, para el 24 de diciembre de 2015, día que entraba en vigor el RD, ningún enfermero poseía dicha acreditación. Además, el Seguro de Responsabilidad Civil no ampararía al profesional que actuase paralelamente a este RD 954/2015 (96, 97).

## **2.2. Marcha atrás: La vuelta a la universalización**

El período regresivo vivido por la Enfermería y la sanidad pública españolas estos años se ha visto aminorado recientemente, pero ni mucho menos nos encontramos en un plano deseable; la capacidad de mejora y de crecimiento es manifiesta.

El pasado año, mediante el pronunciamiento del Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, la universalización de la Sanidad Pública Española se retomaba, 6 años después. La reforma del RD 16/2012 ya mencionado, expulsaba del sistema a casi un millón de personas y limitaba su atención sanitaria a situaciones de emergencia o asistencia al parto de “las personas con nacionalidad española y las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español” (modificación del artículo 3, apartado 1) (90, 98). Se retomaba, por tanto, el espíritu que empujaba la Ley General de Sanidad de 1986 y que recogía la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud con sus establecidos objetivos de equidad, calidad y participación ciudadana, que debieran considerarse como inherentes al sistema público de salud (99).

Otro elemento reseñable es la vuelta, tras la crisis económica, a las 35 horas semanales de médicos y enfermeros. Medida de la que se facilitarían las Comunidades Autónomas que hubiesen cumplido con la estabilidad presupuestaria, la deuda pública y la regla de gasto establecida desde el ejecutivo del país. Andalucía abrió la veda y poco tiempo después llegó el turno de Cantabria (100). Nuestra región, a través de la “Resolución de 31 de octubre de 2018, de la Secretaría General de la Consejería de Presidencia y Justicia, por la que se dispone la publicación en el Boletín Oficial de Cantabria del Acuerdo para la mejora de la calidad del empleo público y de las condiciones de trabajo del personal al servicio de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria, adoptado por la Mesa General de Negociación del artículo 36.3 del EBEP de la Administración de la región, ratificado por Acuerdo del Consejo de Gobierno de 31 de octubre de 2018”, entre el gobierno regional y los sindicatos CSIF, UGT y CCOO, establecía un incremento salarial progresivo hasta el año 2021 (punto tercero del acuerdo, apartado 3., “a”), una reposición del 100% de los empleados del SCS (punto cuarto del acuerdo, apartado 1, punto 1.1., “a”) y un incremento de plantilla del 8% (punto cuarto del acuerdo, apartado 1, punto 1.1., “b”). El elemento con mayor trascendencia mediática fue, sin duda, esa vuelta a las treinta y cinco horas semanales de implantación progresiva, recogida en el punto quinto del acuerdo, apartado 1. La entrada en vigor de la reducción de horas se llevaría a cabo el 1 de mayo de 2019, pasando a 36 horas semanales y culminando el proceso un años después, el 1 de mayo de 2020, con el establecimiento definitivo de las 35 horas semanales (101).

Pero sin duda, la modificación legislativa más relevante o que más expectación generó entre la profesión, fue el Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros, que enmienda la acreditación requerida por los profesionales de Enfermería para el uso autónomo de material sanitario. Con la reforma vía RD, el requerimiento para la obtención de dicha acreditación, vendría recogido en la modificación del artículo 9, donde se exigía la titulación de Enfermería y, o bien poseer un año de experiencia laboral, o bien haber superado un curso habilitante y organizado por la administración pública de manera gratuita: “además de la titulación correspondiente se exigirá una experiencia profesional mínima de un año o, en su defecto, la superación de cursos de adaptación adecuados ofrecidos por la Administración sanitaria”. La autonomía enfermera en este aspecto vendría delimitada en “protocolos” y “guías de práctica clínica y asistencial”, tanto para el ámbito de cuidados generales como en los especializados (102, 103).

El artículo 10, en su modificación, recogería, por su parte, la competencia autonómica para conceder la acreditación habilitante. El cambio en el artículo 3, apartado tres, recogería, además, la libre administración enfermera de las vacunas, de acuerdo con el calendario vacunal y con la orden de dispensación, “Salvo en aquellos casos en los que un paciente, en atención a sus condiciones particulares, precise de una valoración médica individualizada” (102, 103).

### **2.3. La Enfermería en la actualidad**

Las recientes modificaciones legislativas se complementan con la realidad diaria de la profesión en España en términos numerales, de especialidad, de remuneración, universitarios o de estabilidad laboral.

La Enfermería en nuestro país ha ido tomando un cariz importante dentro del mundo universitario y se ha convertido en un Grado atractivo para el mundo estudiantil. Actualmente, según datos ofrecidos por EL PAÍS, la nota de corte para Enfermería ha ido creciendo y quedó establecida en 2018 en un 10,646 para la Universidad de Cantabria e incluso superando el 12 para acceder a la Universidad de Valencia. La demanda de enfermeros en el mercado laboral es la mayor entre el conjunto de los profesionales sanitarios, incrementándose un 1,83% entre los bienios 2014-2016. La Enfermería acabó contando para ese último año con un 1,38% de demanda en el mercado laboral (104, 105).

En nuestro país, y según datos ofrecidos por el Ministerio de Sanidad, en el año 2017 (último año con datos ofertados), nuestro SNS contaba con 175.638 profesionales de Enfermería en total, de los que 141.550 desempeñaban su práctica asistencial hospitalariamente (datos de 2016), 2.964 en los servicios de Urgencias y Emergencias, y 29.288 en los servicios de Atención Primaria. La proporción de enfermero/a por cada 1.000 habitantes es en España, por consiguiente, de 3,8. Cantabria dentro de esta base de datos, poseería 2.372 profesionales de Enfermería de los que 1.981 serían hospitalarios (2016), 20 de Urgencias y Emergencias y 366 de Atención Primaria, un total de 4,1 enfermeros por cada 1.000 cántabros, superando la ratio nacional, por tanto. España con estos datos demuestra la preponderancia que la filial hospitalaria ejerce dentro del SNS frente al ámbito de la Atención Primaria; sólo un 16,67% de los trabajadores de Enfermería se circunscriben a la Atención primaria a nivel nacional, frente a un 15,43% que lo hace a nivel cántabro. El gasto público en este sentido también es revelador: En 2017, el gasto total en servicios hospitalarios y de especialidad contó con 42.533 millones de euros de financiación frente a los 9.742 millones con los que contó la Atención Primaria de Salud. Un 62,1%, frente a un 14,2% del gasto total (71, 106).

Se calcula que en nuestro país existen alrededor de 47.000 enfermeros especialistas, y a pesar de la entrada en vigor del RD 450/2005 ya mentado hace 14 años, el desarrollo de las especialidades de Enfermería ha sido desigual e incompleto. En abril de 2014, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, elaboró una propuesta de cronograma para la incorporación de nuevas plazas de enfermeros especialista y la implantación efectiva de nuevas especialidades. La Enfermería en Salud Mental y Enfermería del Trabajo sería creada antes de mayo de 2016 para las Comunidades Autónomas que aún no los tuvieran, a saber: “Andalucía, Asturias, Canarias, Castilla la Mancha, Castilla y León, Cataluña, P. Vasco, Madrid, Navarra y la Rioja (restándose Andalucía y, sumando Aragón, Islas Baleares y Cantabria, en el caso de la Enfermera especialista en M. del Trabajo)”. La oferta de plazas de Enfermería Geriátrica se daría antes de mayo de 2018, no habiéndose creado, por entonces, en ninguna región española, aunque ya se había dotado de plazas EIR al examen para dicha especialidad enfermera. Para mayo de 2019, se crearía la categoría de Enfermera Pediátrica, y para mayo de 2021 todas las Comunidades Autónomas se habrían comprometido a incluir la especialidad de Enfermera Familiar y Comunitaria y de Cuidados Médico-quirúrgicos que debería estar incluida en el programa formativo para mayo de 2014 (107, 108, 109).

Pero para 2018, el cumplimiento no había sido efectivo. Solo la especialidad Obstétrica-Ginecológica (Matrona) era la única presente en todo el territorio nacional, situación que ya se daba antes del establecimiento del cronograma, de hecho. Ante esta situación, en 2017, las Comunidades Autónomas se comprometieron a establecer definitivamente las especialidades para el 2024, relevo recogido por el Ministerio competente que se comprometió al establecimiento de un nuevo cronograma para marcar el paulatino encaje de las especialidades de Enfermería en toda España (109, 110).

Según un informe de Adecco, la media salarial del profesional de Enfermería en España se encuentra entre la horquilla de los 27.000 a los 30.000 euros brutos. El sueldo base, sin embargo, estaría establecido en 995,30 euros, que con la subida anunciada por el Gobierno de España de un 2,25%, se vería incrementado en 22,39 euros, quedando delimitado éste, tras esta subida, en 1.017,69 euros. En términos europeos, nuestro país es el sexto de la Unión Europea con menos enfermos por cada 1.000 ciudadanos, pues los 245.533 enfermeros españoles (número de profesionales del ámbito público y privado), equivaldrían a una ratio de 5,3, frente a la media europea establecida en 8,3. La cuantía total necesaria para igualar la media europea, requeriría 131.000 enfermeros, un 34% más; 87.000 enfermeros en el sector público y 42.000 para el privado (111, 112, 113, 114).

La Enfermería no ha sido una excepción en la precarización e inestabilidad características del actual mercado laboral. El domingo 12 de mayo de 2019, 13 de las 17 Comunidades Autónomas convocaron una oferta de 20.500 plazas pública de empleo de Enfermería, a la que optaron 140.015 aspirantes, según el Consejo General de Enfermería de España. Nuestra región ofertó 485 plazas de ese total. Ante estos datos, Florentino Pérez Raya, Presidente del ente profesional facilitador de los datos, sentenció que “la elevada cantidad de aspirantes a la OPE sólo demuestra la precarización del empleo en Enfermería” y ha matizado que la oferta de plazas no implica un incremento de puestos de trabajo *per se* : “no supone la creación de ningún puesto de trabajo nuevo, son plazas que actualmente ocupan enfermeros eventuales e interinos, con contratos temporales, por días, por semanas, sin ningún tipo de seguridad laboral” (115).

A esta inestabilidad laboral, habría que sumarle la preocupante situación de indefensión física y psicológica que vive el profesional enfermero. Según datos recogidos por el diario EL PAÍS, en 2018, hubo 1.543 ataques, insultos e intimidaciones, en su mayoría. Sólo el 25% de incidencias al respecto fueron agresiones físicas, y un 9% de enfermeros, según datos del informe Enfermería en Números Rojos, se habrían visto obligados a pedir su baja laboral por problemas de depresión derivados de su práctica asistencial (116, 117).

### 3. LA REFORMA SANITARIA NECESARIA: PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN COMO ELEMENTOS GARANTES DEL FUTURO

#### 3.1. Perspectiva histórica y problemas actuales.

La relación directa entre salud pública y elementos inherentes a la vida de las poblaciones o los individuos han sido estudiados a lo largo de la historia. *De populum miseria: morborum genetrice* (la miseria del pueblo: madre de las enfermedades), una de las obras del moderno y prolífico médico alemán Peter Frank, estableció una relación concomitantemente directa entre pobreza y enfermedad que debieran, según él, verse subsanadas por la existencia de la “policía médica” como concepto abstracto garante de la salubridad y la higiene públicas. Como así expuso en su “Un sistema completo de Policía Médica” (118). El abogado británico Edwin Chadwick ligó la acortada vida de los trabajadores industriales a condiciones medioambientales adversas, y el médico germano Rudolf Virchow se pronunció sobre la necesidad de algún tipo de implicación estatal en temas como la salud y los problemas sociales que, a su entender, derivaban de las negativas condiciones económicas imperantes en el grueso de los trabajadores europeos en la época de la Revolución Industrial. Con Lemuel Shattuck esta filosofía se introdujo en Norteamérica (119).

El ostensible avance social trajo consigo el establecimiento progresivo de las coberturas sociales y de los sistemas nacionales de salud que tras la publicación del famoso “Social Insurance and Allied Services” del político británico William Beveridge en 1942, fueron estableciéndose como pilares fundamentales de los llamados Sistemas del Bienestar (Welfare States), de los que disfrutamos actualmente y que se popularizaron tras el gran consenso socialdemócrata de 1945 (120, 121).

La Conferencia de Alma Ata en 1978, recurrió a los conceptos de prevención y promoción de la salud como elementos necesarios para garantizar la “Salud para todos en el año 2000”. Pero estos conceptos no eran por aquel entonces innovadores y ni siquiera novedosos. La aparición de dichos términos está estrechamente ligada al ya manido estudio encargado por el que fuera Ministro de Sanidad de Canadá, el jurista liberal Marc Lalonde, y que presentó en 1974, resultado de la búsqueda de la etiología de las enfermedades de los canadienses. A colación del estudio, el ministro en cuestión presentó el documento “New perspectives on the health of Canadians” que constaba de dos grandes objetivos, cinco estrategias principales y setenta y cuatro propuestas concretas a desarrollar en el país norteamericano (118, 122).

Este informe recogía la correlación que los determinantes de salud (modelo conceptual inicialmente desarrollado por Lafambroise en 1973), “conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones”, tienen sobre la salud ciudadana. El medio ambiente, el estilo de vida, la biología humana y la atención sanitaria serían las variables que incidirían en la salud colectiva o individual. El célebre epidemiólogo británico Geoffrey Rose, estableció cuáles determinantes tiene mayor peso en la aparición de enfermedad: “los principales determinantes de la enfermedad son, sobre todo, económicos y sociales” (123, 124).

A tenor de lo publicado por el otrora Subdirector de Planes de Salud, en los años ochenta, del Gobierno de España y Decano de la Facultad de Economía y Empresariales de la Universidad Pompeu Fabra-entre otros cargos-, Vicente Ortún Rubio, se explica que la disminución de la mortalidad en los siglos XIX y XX se debió principalmente al desarrollo económico y la mejor nutrición poblacional. La cloración y el filtrado del agua, solamente, redujeron a la mitad la mortalidad en los Estados Unidos de América a comienzos del siglo pasado, mientras que la existencia de una prestación sanitaria pública tiene más incidencia en la calidad de vida, más que en la garantía, aunque también, de la misma: “el impacto más importante de los servicios sanitarios en los países desarrollados se produce en el ámbito de la calidad de vida de la población” (125, 126).

El informe, ya citado, alumbrado en los años setenta, indujo de alguna manera a reformar y repensar la forma de gasto estatal en materia sanitaria, también en España. La Ley General de Sanidad española de 1986, establecía en su artículo tercero la prevención y promoción de la salud como conceptos vertebradores del paradigma que la reforma legislativa quiso traer consigo. Sin embargo, pocos años después, las propuestas de reforma estaban ya en marcha por la no consecución, entre otras cosas, de las premisas establecidas en este tercer artículo mencionado (10, 127).

El Ministro de Sanidad en 1991, el socialista Julián García Vargas, solicitó un informe sobre el Sistema Nacional de Salud al, en otro tiempo, colaborador del Presidente del Gobierno Adolfo Suárez, Fernando Abril Martorell con objeto de modernizar el sistema y de dibujar las deficiencias de este ante la inminente concesión competencial autonómica. El informe fruto de la Comisión presidida por Abril Martorell tuvo su alumbramiento el 25 de septiembre de 1991 ante el Congreso de los Diputados. Sin embargo, la opinión pública y los partidos políticos rechazaron vehementemente la idoneidad de la puesta en marcha de las 64 reformas propuestas en este documento (127).

Es cierto que el Informe Abril propuso medidas que indujeron a un rechazo social como fue, entre otras, la medida 50: “Si, por razones de oportunidad política, no se estimase conveniente generalizar la participación en el coste, debería analizarse la posibilidad de sustituir la exención actual por el pago, con reembolso a posteriori, del 40% “o la colaboración público-privada en el seno del SNS, y que ya desglosamos anteriormente (128). Ciertamente el “informe Abril” presentado hace más de 20 años, incluyó medidas que se han demostrado poco edificantes y de dudosa conveniencia en un sistema que se autodefine como “universal”, pero también es verdad que este documento supuso una de las primeras llamadas de atención sobre la tendencia hacia la excesiva hospitalización del sistema y la necesidad de la promoción de la Atención Primaria.

El documento, nada menos que en sus ocho anotaciones primeras de los “elementos destacables de este análisis”, dentro de “Dificultades y Carencias”, comenta: “la Atención Primaria, [...] la “puerta de entrada” y “orientación principal del sistema de cuidados, continúa en un lento proceso de transformación hacia formas asistenciales más eficaces”, “el porcentaje del gasto sanitario público que absorbe la Asistencia Especializada aumenta notablemente [...] con un simultáneo descenso del que corresponde a la Atención Primaria”. Y continúa, “la Medicina Preventiva y la Salud Pública no tienen aún el relieve que les corresponde en una concepción global y moderna de la Medicina, en la educación sanitaria de la población y en la promoción de la salud”. “El Sistema público carece de una visión global y empresarial de servicio, coarta, más allá de lo necesario, la libertad de elección de los usuarios y adolece de relaciones despersonalizadas, falta de información al paciente y sus familiares y un entorno escasamente confortable” (128).

Es precisamente la reforma sobre la Atención Primaria y Salud Pública la que no se ha llevado a cabo, tanto es así que la dinámica de gasto ha continuado prácticamente igual en estos más de 25 años desde que el informe Abril se presentase, como hemos expuesto numeralmente en capítulos previos, con un crecimiento del gasto destinado a Atención Especializada en detrimento de la Primaria (71).

20 años después del Informe Abril, el Gobierno de España aprobó la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. En su preámbulo, la norma rezaba que “los servicios sanitarios y en especial la Atención Primaria de salud, deben asumir un papel más relevante en la acción preventiva y en la salud comunitaria” e incluía el concepto de “inversión en salud”. La normativa se veía impregnada por el informe Lalonde al establecer explícitamente que “El entorno familiar, la educación, los bienes materiales, las desigualdades sociales y económicas, el acceso al trabajo y su calidad, el diseño y los servicios de las ciudades y barrios, la calidad del aire que se respira, del agua que se bebe, de los alimentos que se comen, los animales con los que convivimos, el ejercicio físico que se realiza, el entorno social y medioambiental de las personas, todo ello determina la salud”. Planteaba, además, una lucha contra la inequidad y las desigualdades en salud establecía mecanismos de evaluación que las políticas públicas inciden en la población y promovía el compromiso ciudadano en la salud colectiva (129).

Varios expertos en Salud Pública publicaron un artículo en el diario EL PAÍS en 2011 loando la conveniencia de la puesta en marcha de una ley como la que nos concierne. En dicho artículo, entre otras cosas, establecieron esta norma como la base para el desarrollo de un buen gobierno gestor de la Sanidad Pública española, capaz de coordinar políticas de manera interterritorial y de tener presente en cada acción llevada a cabo la repercusión de su aplicación en el bienestar y la salud de los ciudadanos. Esta ley podría servir, como estos académicos exponían, para un verdadero avance social de nuestro país (130).

Sin embargo, la entrada en vigor de esta ley coincidió con años de depresión económica, crisis social y política que impidió la puesta en marcha de la ley, quedando en un cajón, pero no por ello su implantación cejó en su necesidad (131). Y es que, en 2017, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través del documento “Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea”, expuso las diferencias territoriales existentes en nuestro país, las afecciones más prevalentes y el incremento de las enfermedades crónicas. Ya hemos expuesto previamente el incremento de la esperanza de vida que nuestro país ha ido adquiriendo en los últimos tiempos, al igual que en AVS, Años de Vida Saludable, que en el año 2015 fueron de 67,5 para los hombres y de 66,1 para las mujeres, siendo nuestra región, Cantabria (72,1), Navarra (70,6) y Aragón (72,5) las Comunidades con mayores AVS, en contraposición a Canarias (58,2), Ceuta y Melilla (62,4). Cabe destacar que Canarias, incluso redujo sus AVS (132).

A colación de este incremento de la esperanza de vida y su consiguientes AVS, se ha incrementado la obesidad hasta un 17,4% de la población en edad adulta, y si considerásemos el sobrepeso, hasta el 54,4% de los adultos españoles lo padecen, siendo más frecuente en hombres, con correlación directa por clase social. A mayor nivel de renta, menor incidencia de obesidad o sobrepeso, siendo los hombres los más afectados, por otra parte. En la infancia este incremento también se ha dado en los últimos años, alcanzando un 10,3% entre la franja entre los 2 y 17 años (133).



A pesar del incremento del consumo de frutas, verduras y hortalizas, el declarado para bebidas azucaradas, también se ha visto aumentado, con mayor incidencia entre la franja de edad entre 15 y 24 años, al igual que el sedentarismo. Los españoles declaran pasar un 37,8% de su tiempo frente a la televisión, leyendo, yendo al cine o descansando; aunque con un tímido descenso en este asunto en los últimos tiempos, pero el 35,3% de los españoles no alcanza la actividad física mínima recomendada por la OMS. Llamativa y alarmante es el dato infantil que expone que el 73,9% de los niños españoles pasan a diario una hora o más de su tiempo con aparatos electrónicos. las enfermedades crónicas: Los factores de riesgo cardiovascular y metabólicos (hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes), del aparato locomotor y de disfunción en la movilidad. La hipertensión arterial afecta al 19,8% de la población, la diabetes se ha doblado porcentualmente desde 1993, alcanzando en 2017 el 7,8% de la población (doble de incidencia en clases menos pudientes) y el colesterol se ha, más que doblado, desde un 8,2% de pacientes hipercolesterolémicos en 1993 a un 17,9% en 2017 (133).

Enfermedades mentales como la ansiedad o la depresión también han sufrido un repunte significativo, sobremanera en mujeres, afectando al 6,7% de los ciudadanos españoles, además el 10,7% de la población consume tranquilizantes, relajantes o pastillas para y el 4,8%, antidepresivos o estimulantes. El consumo de tabaco se ha reducido en los últimos años al igual que el alcohol; no sin embargo entre los jóvenes. El 11,9% de los españoles entre 15 y 24 años refiere haber consumido alcohol una vez este último mes, el 19,1% de la edad establecida entre 25 y 34. Aunque con una cierta tendencia descendente en este respecto (133).

Un informe publicado por la Sociedad Española de Oncología Médica en enero de este año, 2019, publicó que el crecimiento de cánceres en nuestro país respecto a 2015 sería de un 12%. El documento expone que, desde el nacimiento hasta la edad de 80 años, el riesgo de desarrollar la enfermedad entre los hombres es de un 42,5% frente a los 27,4% de las mujeres, incrementándose la probabilidad de la afección de forma progresiva a la longevidad adquirida, por tanto. Dicha publicación establece en un 53% la supervivencia de estos enfermos a cinco años vista, y establece una relación directa entre cáncer y tabaco, alcohol, sedentarismo, obesidad o contaminación y advierte: "Si los programas de detección precoz son adecuados, deberían producir una reducción de la mortalidad, pero también -en mayor o menor grado- un aumento del número de casos" (134).

A todo esto, debemos sumarle el problema medioambiental. Según la reciente publicación del periódico digital EL CONFIDENCIAL, el planeta alcanzó el 13 de mayo de 2019 niveles de CO<sub>2</sub> atmosféricos sólo comparables a hace millones de años. Las consecuencias que se estiman con el aumento de 2 grados centígrados terrestres son de un crecimiento del nivel del mar de medio metro, la desaparición del 8% de los vertebrados y de 1 millón de especies, el incremento de la superficie desértica y mayores alteraciones climatológicas tanto en cantidad como en intensidad. Con su repercusión consecuente en salud (135).

Otro problema reseñable es la pobreza. Según aducía el diario EL PAÍS en fechas recientes, uno de cada cinco españoles es pobre o está en riesgo de pobreza (136). A esto hay que sumar la problemática de la soledad. El Reino Unido ha creado recientemente un Ministerio al respecto al calificar dicho fenómeno como "grave problema de Salud Pública". 9 millones de personas en el país insular se sienten solas. Problema existente, de igual manera en España, pues 4,6 millones de españoles declara sentir soledad "con frecuencia" y hasta el 50% de la población española ha declarado que alguna vez en el último año ha tenido dicho sentimiento (137).

Frente a este panorama, las consultas y el uso del sistema sanitario se han incrementado significativamente, lo que, junto al desglose circunstancial previo, induce a considerar la imperiosa necesidad del establecimiento de reformas y cambios a introducir en el planteamiento actual del SNS y en desempolvar la necesaria Ley de Salud Pública de 2011. Ha sido esperanzador a este respecto la Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que publica el Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria; toda una declaración de intenciones que irían en la línea de las necesidades expuestas en este documento (138).

### **3.2. Propuesta de futuro, el empoderamiento del paciente y de la profesión.**

Se ha venido demostrando evidente que con los datos que hemos ido trabajando en este documento, la reforma del SNS ante la cronicidad, el envejecimiento de la población o la pobreza es imprescindible. En diversas entrevistas y publicaciones, personalidades de la talla del ya mentado Rafael Bengoa, exconsejero vasco de Sanidad, Director del área de salud del Deusto Business School y colaborador del Informe Abril, ha expuesto la imperiosa necesidad de avanzar hacia el llamado “paciente experto”, “aquel cuyo manejo de la patología propia supone un modelo o referente para otros pacientes, tanto en capacidad de asimilación de la enfermedad como en manejo clínico y terapéutico” en tanto que identifica la sintomatología de su enfermedad y se auto responsabiliza de la misma y de su propio autocuidado (139, 140).

El experto en materia sanitaria ha expuesto que contar con pacientes con afecciones crónicas que estén bien informados puede ahorrar al sistema sanitario entre un 8% y un 20% en contraposición a uno pasivo. Bengoa advierte que una correcta autogestión de la enfermedad evitará plausibles agravamientos que repercutan en urgencias o en ingresos hospitalarios, es decir, la asistencia prestada por el SNS que resulta más costosa económicamente. Y es que según apunta el experto, el 65% de los ingresos sanitarios tienen relación con enfermedades crónicas, un 80% de las consultas de Atención Primaria son por procesos crónicos; de los que un 20% lo hacen por mal autocontrol (139, 140).

A tenor de estos datos, Bengoa ha sentenciado que el papel de la Enfermería en nuestro país debiera “reubicarse” (141). Vicente Ortún, del que ya hablamos previamente, se ha atrevido a decir, incluso, que “una atención basada en Enfermería supone una calidad mejor con costes más pequeños” y ha añadido “que las cosas las haga quien mejor puede hacerlas y Enfermería en agudos, crónicos y domiciliaria es la profesión que puede hacer mejor las cosas”, con una necesaria transición hacia un enfoque de cuidados, menos hospital-centrista, avanzando desde un modelo fundamentado en curar la enfermedad hacia uno que prevenga y promueva la salud (117, 141).

Las consideraciones de estos expertos al respecto de nuestra profesión no son sentencias bienintencionadas que pretendan el regocijo complaciente de la Enfermería; son datos. En octubre de 2016 el Parlamento británico publicó un informe titulado “Triple Impact. How developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth” (“Triple impacto. Cómo el desarrollo de la Enfermería mejoraría la salud, promovería la igualdad de género y apoyaría el crecimiento económico”) fruto del acuerdo unánime de los grupos parlamentarios conformantes de la “House of Commons” como instancia para el propio Reino Unido, pero también al resto de la UE, la Commonwealth o la OMS (142).

El documento que no es sino una adaptación y profundización anglosajona del “Global strategy on human resources for health: Workforce 2030” promulgado por la OMS, propugna que el incremento del personal de Enfermería, permitiéndoles un desarrollo autónomo plenipotenciario, conllevaría una mejora de la salud poblacional, un incremento de la igualdad de género y ayudaría al crecimiento económico. Destaca, que la Enfermería es la verdadera puerta de entrada al sistema sanitario, y muchas veces la única, además de una garantía de proporcionar la universalización de la sanidad (142, 143).

Nuestro escrito en cuestión recogió una serie de propuestas o recomendaciones a llevar a cabo para con la Enfermería, entre los que destacaban el de prestigiar la profesión y dotarle de un puesto trascendental y nuclear en la política sanitaria. El documento proponía la celebración de una cumbre de ámbito internacional para la consecución de este respecto. El escrito se manifestaba, además, proclive al incremento del número de profesionales enfermeros tanto desde la preparación, aumentando el número de plazas universitarias y recursos formativos, como incrementando la oferta pública de empleo para los SNS en consonancia al compromiso adoptado con la OMS en 2016 para con el “WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel” (144).

Otras propuestas recogidas en el documento son la de desarrollar el liderazgo de la Enfermería a través de un plan elaborado con el Consejo Internacional de la Enfermería que garantice la inclusión de los profesionales enfermeros en puestos de dirección y gestión de todos los países o un crecimiento potencial de la profesión, derribando barreras o legislaciones restrictivas al respecto con el fin de promover las buenas prácticas y de hacer valer a la Enfermería ante el poder político y sanitario (142).

Un último elemento que merece resaltarse en el escrito es el de la recopilación y difusión de aquellas evidencias empíricas que hayan demostrado la eficiencia y la eficacia de la Enfermería y que puedan incorporarse a la legislación o a los protocolos en temas como la facilitación al acceso, la disminución de los costes o el aumento de la calidad de los servicios sanitarios. Es verdad que todas estas propuestas, de manera más desarrollada y detallada, han sido promovidas desde una óptica británica, pero los temas tratados, como hemos venido trabajando, son perfectamente homologables a la realidad española (142).

Si nos hemos detenido en este punto de la difusión de la evidencia es porque a continuación veremos casos paradigmáticos que evidencian la necesaria potenciación de nuestra profesión también dentro del idiosincrático modelo español. Las experiencias, que paso a relatar, fueron recogidas en el documento presentado en 2015 por la *Fundación Economía & Salud* y realizado para Las Jornadas Nacionales de Enfermería que se celebraron en la provincia de Alicante y titulado “La Aportación Enfermera a la Sostenibilidad del Sistema Sanitario” con el subtítulo “Repercusión Económica de los Cuidados” (145).

Un primer ejemplo requiere primeramente aclarar el concepto de “Enfermera de Práctica Avanzada” que según el Consejo Internacional de Enfermería se define como “una enfermera registrada que ha adquirido conocimiento experto, las habilidades para la toma de decisiones complejas y las competencias clínicas para extender su práctica, cuyas características están determinadas por el contexto y/o país en el que está acreditada para ejercer. Se recomienda un nivel de Máster como requisito de entrada”. Este tipo de enfermera ha demostrado fehacientemente que es capaz de reducir las complicaciones y los efectos adversos de los pacientes crónicos y que resultan, sus intervenciones, una media de 6 euros más barata que las consultas médicas en Atención Primaria, a mismas intervenciones (145).

Con respecto a las enfermeras especialistas en ostomías, estas han demostrado ahorrar un 68% los recursos al erigirse como referentes consultores de los pacientes, evitando su paso por urgencias u otras instancias sanitarias más costosas en términos económicos. Este tipo de enfermeras, además, supone un ahorro directo del ciudadano ostomizado, pues la media del gasto que el paciente realiza en los tres primeros meses posteriores a la operación con enfermera especialista es de 218 euros, frente a los 647 euros que desembolsan, de media, los pacientes sin referencia especializada. Además, el coste directo medio sería superior en los pacientes sin enfermera especialista con respecto a los que sí la tuvieron, 1.016 euros frente a 524 (145).

Otro tipo de profesional es la llamada Enfermera Gestora de Casos, que en una experiencia piloto en la Comunidad Valenciana entre 2007 y 2010, se le encargó el papel de supervisión del seguimiento de pacientes crónicos en Atención Domiciliaria. Durante el tiempo de vigencia de dicha figura, se redujeron en un 77% las consultas a urgencias y en un 70% los ingresos hospitalarios. El Principado de Asturias, a través de la Enfermera Coordinadora de Recursos Materiales (RRMM), una figura encargada de gestionar la calidad de los recursos utilizados para evitar aumentos de gasto por productos no adecuados en el concurso de cobertura quirúrgica supuso un ahorro de 2 millones de euros. Y las enfermeras líderes en U.G.C. (Unidades de Cardiología) con margen interventor, han conseguido reducir, de media, 678.12 euros por cada alta recibida (145).

Una medida llamativa ha sido la de Andalucía, que tras la recuperación de la legislación para la prescripción enfermera en 2015, se ahorraron 1,5 millones de euros en apósitos, 2,5 millones en tiras reactivas y 3 millones en absorbentes para ese mismo año (145).

También son llamativas los resultados derivados de la potenciación de la Enfermería en el plano europeo y estadounidense. En el año 2007, en Países Bajos, se implantó el sistema “Buurtzorg Nederland” por el que las enfermeras de Atención Domiciliaria adquirirían una autonomía relevante en las intervenciones llevadas a cabo atendiendo e individualizando los cuidados de los ciudadanos con afectaciones crónicas desde su propio domicilio, promoviendo el autocuidado y la independencia personal. La implantación de este modelo ha supuesto un 25% de ahorro en la Atención Domiciliaria neerlandesa y países como Suecia o Japón ya lo han adoptado en sus Servicios Nacionales de Salud. Modelos similares como el de “enfermeras promotoras” en Estados Unidos o el de Atención Médica Primaria en el Hogar (HBPC), han supuesto un ahorro de hasta 60.000 dólares por cada 30 pacientes y de un 24% en el cuidado integral. Y estos son, solamente, algunos ejemplos (145).

Pero no sólo nos enfrentamos a problemáticas de tipo crónico, o no de manera aislada. Hoy nos enfrentamos a un mundo cambiante lleno de incertidumbres. El que fuese Ministro de Salud del Perú y Subdirector General de la OMS, David Alejandro Tejada de Rivero, escribió en 2013, a treinta años vista la Conferencia de Alma Ata, un artículo sobre Atención Primaria y la vigente necesidad de su potenciación. En dicho texto el autor exponía al respecto de la Atención Primaria: “Por esa época se fue acuñando el término de Primary Health Care, pesimamente mal traducida como “atención primaria de salud”, la que, hay que reconocerlo, no ha contribuido significativamente a su genuina interpretación y cabal entendimiento. Por un lado, la palabra “atención” induce a pensar en un servicio, sobre todo médico, donde hay proveedores activos y recipientes pasivos [...] Por otro lado, la palabra “primaria” induce a subvalorar el contenido de ese servicio e identificarlo con lo elemental, empírico y de tercera o cuarta clase; es decir, un servicio paralelo y barato para los pobres. El término en Alma-Ata tenía otra acepción que consideraba como primario a lo esencial, nuclear, fundamental, sustantivo y prioritario” (146).

Continuaba: “Se planteaba y acababa de aprobar la meta de “Salud para todos en el año 2000”, la cual requeriría de formas no tradicionales para poder ser alcanzada. La atención primaria de la salud sería entonces esa nueva forma; es decir, la estrategia e instrumento idóneos para alcanzar tan ambiciosa meta”. Pero aclaraba que el aumento exponencial de la tecnología, el proceso de globalización y desregulación financiera tras la caída de la Unión Soviética y la “desintegración social por la injusta redistribución de la riqueza”, han sido impedimentos para la consecución del objeto plantado en 1978 (146).

Por todo lo aquí expuesto la, otrora política, Dra. en Enfermería, Rosa María Alberdi, escribió este año, 2019, el artículo “La competencia política enfermera”, donde comenta la imperiosa necesidad que tiene la Enfermería de ser parte implicada de la legislación, de la gestión, de la reforma del sistema sanitario y social y de la construcción de un nuevo paradigma que recoja e impulse los preceptos que Alma Ata, y la Atención Primaria de Salud, ofrecen (147).

“La responsabilidad social de las enfermeras es abrumadora” diría Fry, y es por ello, por lo que la Enfermería debiera cuestionarse, tras una diagnosis interdisciplinar y con pretensión holística de la sociedad, si la inacción en política, si la negativa o las reticencias a ser parte implicada en la toma de decisiones está resultando en una mejoría social. A tenor de los datos expuestos en este Trabajo Final de Grado, y los expuestos por Alberdi en el artículo, todo indica que el margen de mejora es manifiesto, pero sólo a través de nuestro trabajo y nuestra participación gestora se da cabida a la misma existencia de ese margen. Según recoge este texto, el Consejo Internacional de Enfermería, CIE, expuso que “no hay ninguna profesión que atienda las necesidades de las personas en sus épocas más vulnerables que la enfermería [...] ofrece una visión única e íntima de la vida de una persona” y añade para más enjundia que son las enfermeras las que mejor conocen “las respuestas de los pacientes a las políticas sociosanitarias”, siendo una profesión capaz de “individualizar” y “contextualizar” las políticas (147).

Afortunadamente la Organización Mundial de la Salud a través de su Director General, Tedros Adhanom, en colaboración con el C.I.E., han coincidido en la necesidad de potenciar a la profesión enfermera como eje central sobre el que debe pivotar la sanidad del futuro. A este respecto se ha promovido la campaña “Nursing Now”, con objeto de llevar a término ese relanzamiento imprescindible de la Enfermería y esa necesaria garantía de atención sanitaria a la población mundial para el año 2020, coincidiendo con el 200 aniversario del nacimiento de la célebre Florence Nightingale. El actual Subdirector de la OMS ha asegurado recientemente a tenor del “Nursing Now” que “Las enfermeras son el corazón de la mayoría de los equipos sanitarios y mejorando y promocionando su papel, todos los países del mundo mejorarán los resultados en salud de sus ciudadanos” (148 ,149).

## CONCLUSIÓN

A través de un inexorable avance histórico, nuestro país ha ido construyendo su tejido sanitario desde una perspectiva medicalizada, ocupando la Enfermería un papel secundario en el propio sistema. En la Conferencia de Alma Ata, en 1978, la Atención Primaria de Salud y las políticas de prevención y promoción, tan vinculadas a la profesión, se erigieron como los elementos capaces de garantizar la cobertura sanitaria universal y disminuir la desigualdad social existente. Aquel año que coincidió con la llegada del período democrático a nuestro país, también lo hizo con el impasse temporal por el que la profesión enfermera comenzó a homologarse a los estados modernos occidentales, donde la Enfermería tenía una preparación universitaria.

La adhesión a los postulados de la Organización Mundial de la Salud que efectuamos de manera clara a través de la ley General de Sanidad 14/1986 que integró los preceptos de la Conferencia previamente citada a la legislación española. Sin embargo, desde su entrada en vigor y la aplicación de esta, en parte; durante los años noventa, el carácter público del sistema sanitario comenzó a marchitarse en beneficio de modelos público-privados que fueron imponiéndose de manera desigual pero progresiva en muchas regiones del territorio español, alterando el consenso de igualdad y equidad propugnado desde la OMS. Estos cambios inducidos en el sistema que no han sido corregidos como es el caso de las cada vez mayores partidas destinadas a la sanidad privada, que han llegado a representar el 27,93% del gasto general en Sanidad, incrementando, por tanto, el número de personas aseguradas en más de 10 millones. Todo esto ha supuesto una alteración significativa del marco establecido en 1978, a pesar de que los países de nuestro entorno ya han dado marcha atrás en los procesos privatizadores como recientemente disertó el economista y experto en Sanidad, Rafael Repullo en el diario EL PAÍS (87).

La integración española en la UE trajo la equiparación académica entre carreras, extinguiéndose las licenciaturas, y pasando ésta, junto a las diplomaturas en la que se enmarcaba académicamente la Enfermería, a Grado, permitiendo el acceso a estudios de máster y doctorado. Así, fruto de nuestra participación en este espacio supranacional, la Enfermería fue avanzando constante, aunque lentamente, y consiguió el compromiso de los gestores públicos para la progresiva implantación de las especialidades de la profesión, aunque su plasmación real continúa siendo una cuestión pendiente en lo que a la mayoría de las autonomías y especialidades respecta.

Los consecutivos presupuestos gubernamentales agravaron la brecha entre la atención especializada y la primaria, con claro beneficio de la primera. Sin embargo, los cambios sociales, económicos, ambientales y sanitarios han ido evidenciando que deben adoptarse reformas sanitarias de manera ipso facto. El aumento de las enfermedades crónicas, el envejecimiento de la población que llegará en 2033 a ocupar un 25% del total o el aumento del gasto sanitario, entre otras, han evidenciado una necesidad de reformas que inevitablemente pasan por la llamada “puerta de entrada al sistema”, la Atención Primaria, con sus inherentes conceptos de prevención y promoción, además de un reforzamiento de la Enfermería, que adopte definitivamente las especialidades en el conjunto del territorio español, y establezca los mimbres para dotar a la profesión del material necesario como para erigirse como figura sobre la que pivote el sistema de salud (146, 150).

Y es que la Enfermería española ha evolucionado a pesar de los pesares; podría decirse, que no existe un compromiso claro con la profesión por parte de nuestros gestores públicos, pues si hemos avanzado ha sido por la movilización social que hemos suscitado, como en el caso de nuestro acceso a la universidad, o por nuestra presencia en la Unión Europea, con la capacitación del acceso a estudios superiores a través del Grado. Todo esto, posiblemente, se justifique por ese histórico papel de auxiliar de la Medicina que una profesión eminentemente femenina destila, y que, sin embargo, ha beneficiado tanto a los profesionales médicos, mayoritariamente varones, históricamente.

Es verdaderamente notable, que mientras nuestra profesión muestra, a través de certezas palpables, ser un elemento que sostiene la perpetuación del sistema sanitario, a través de figuras como la enfermera gestora de casos o la de consultas en ostomías, entre otras muchas, sigamos en un ostracismo profesional por el que el impulso de estas figuras, reitero, debieran erigirse como garantía misma de la existencia del S.N.S. a no mucho tardar; es inexistente. Todo ello, mientras, por ejemplo, las llamadas “peonadas” de los profesionales médicos siguen incentivándose, a pesar del manifiesto despilfarro y dudosa ética que entablan, como exponía ya en 2013 el enfermero Luis Vega (151).

Nosotros no queremos ser más que nadie, ni reemplazar a otros; únicamente queremos ocupar el puesto que nos corresponde, porque las evidencias empíricas acerca del beneficio que entabla la Enfermería son palmarias. La puesta en marcha de su potenciación debe coordinarse con una autoconvencimiento profesional por el que asumamos la necesidad que la Dra. Alberdi marca: la competencia política de la profesión. El globo está adoptando medidas promotoras del papel nuclear de la Enfermería como el “Nursing Now”, y España debe adherirse a este cambio, creyendo nosotros mismos en ello y ocupando lugares de responsabilidad institucional de manera indefectible. La adscripción al respecto es el futuro, y nuestro país debe erigirse como referencia enfermera, nos va en ello la supervivencia de nuestro sistema de salud, nos va en ello nuestra salud misma.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Quijano Ramos D. Las causas de la Primera Guerra Mundial. Revista de Claseshistoria. Artículo Núm.192 [Internet]. 15 de abril de 2011. (Acceso 24 de febrero de 2019). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3625004.pdf>
- (2) Fontana, J. *Por el bien del imperio*. 1022. (Acceso 24 de febrero de 2019). Disponible en: [http://pasadopresente.com/images/PDF-LIBROS/porelbiendelimperio\\_fontana3.pdf](http://pasadopresente.com/images/PDF-LIBROS/porelbiendelimperio_fontana3.pdf)
- (3) Organización Mundial de la Salud (OMS). [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2019. Disponible en: <http://www.who.int/es/>
- (4) Conde-Ruiz, J. I., & González, C. I. *Modelo de Pensiones Europeo: ¿Bismarck o Beveridge?* (Acceso 24 de febrero de 2019). Disponible en: <http://documentos.fedea.net/pubs/dt/2018/dt2018-01.pdf>
- (5) Estefanía J. El espíritu del 45. El País [Internet]. 22 de septiembre de 2013. (Acceso 24 de febrero de 2019). Disponible en: [https://elpais.com/elpais/2013/09/20/opinion/1379670803\\_970341.html](https://elpais.com/elpais/2013/09/20/opinion/1379670803_970341.html)
- (6) Thomas-Symonds N. 70 years of the NHS: How Aneurin Bevan created our beloved health service. Independent.co.uk [Internet]. 3 de julio de 2018. (Acceso 27 de febrero de 2019). Disponible en: [https://www.independent.co.uk/news/long\\_reads/nhs-70-years-aneurin-bevan-health-welfare-uk-politics-a8421781.html](https://www.independent.co.uk/news/long_reads/nhs-70-years-aneurin-bevan-health-welfare-uk-politics-a8421781.html)
- (7) Miguel, A., & Cillero, C. *The organization and management of the National Health Service in the UK with a focus after the social care 2012*. (Acceso 24 de febrero de 2019). Disponible en: [http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/2024/TFGUEX\\_2014\\_Carballo\\_Cillero.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/2024/TFGUEX_2014_Carballo_Cillero.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- (8) Internacional, C., Internacional, L. C., Conferencia, L., & La, I. I. (2000). *Declaracion de alma-ata*. (Acceso 24 de febrero de 2019). Disponible en: [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/816\\_r\\_ol\\_psicologo/material/unidad1/complementaria/declaracion\\_de\\_alma\\_ata.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_r_ol_psicologo/material/unidad1/complementaria/declaracion_de_alma_ata.pdf)
- (9) Lobo R. "Lo que nos invade ahora no es una ola conservadora, es una ola reaccionaria. Eldiario.es [Internet]. 23 de marzo de 2018. (Acceso 24 de febrero de 2019). Disponible en: [https://www.eldiario.es/politica/invade-ahora-ola-conservadora-reaccionaria\\_0\\_751724872.html](https://www.eldiario.es/politica/invade-ahora-ola-conservadora-reaccionaria_0_751724872.html)
- (10) Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, núm. 102, de 29 de abril de 1986, páginas 15207 a 15224. (Acceso 24 de febrero de 2019). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>
- (11) REAL DECRETO 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. Boletín Oficial del Estado, núm. 200, de 22 de agosto de 1977, páginas 18716 a 18717. (Acceso 25 de febrero de 2019). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1977/08/22/pdfs/A18716-18717.pdf>



- (12) Salazar Agulló Modesta. Las enfermeras y la Ley de Dependencia en España. Index Enferm [Internet]. 2006 (Acceso 25 de febrero de 2019); 15(52-53): 07-09. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962006000100001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100001&lng=es)
- (13) Vallet de Goytisolo, J. (1987). La distribución de poderes según Montesquieu por el Académico de Número. *Reunión Académica*, 283–291. (Acceso 25 de febrero de 2019). Disponible en: <http://www.racmyp.es/R/racmyp/docs/anales/A65/A65-19.pdf>
- (14) Hernández Villalba M, J. La sanidad pública en las Cortes de Cádiz (1810-1814). [Tesis Doctoral]. Getafe: Universidad Carlos III de Madrid, Departamento de Humanidades: Historia, Geografía y Arte; 2015. (Acceso 25 de febrero de 2019). Disponible en: [https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/23079/hernandez\\_sanidad\\_tesis\\_2015.pdf](https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/23079/hernandez_sanidad_tesis_2015.pdf)
- (15) Pozuelo Reina A, Redondo Calvo F, J. S. Biblioteca. S. Anestesiología y Reanimación. “La Pepa” y la mejora de la salud. La sanidad española desde la constitución de Cádiz hasta el fin del trienio liberal, (1812-1823). Apuntes de Ciencia. Boletín científico del HCUGR [Internet]. 24 de mayo de 2012 (Acceso 26 de febrero de 2019). Disponible en: <http://apuntes.hgucr.es/2012/05/24/la-pepa-y-la-mejora-de-la-salud-la-sanidad-espanola-desde-la-constitucion-de-cadiz-hasta-el-fin-del-trienio-liberal-1812-1823/>
- (16) CONSTITUCIÓN Política de la Monarquía Española, de 19 de marzo de 1812. (Acceso 26 de febrero de 2019). Disponible en: [http://www.congreso.es/constitucion/ficheros/historicas/cons\\_1812.pdf](http://www.congreso.es/constitucion/ficheros/historicas/cons_1812.pdf)
- (17) Farrerons Nogueras, L. (2013). Historia Del Sistema Sanitario Español. *Debates Parlamentarios (1812,1986)*, 1. (Acceso 27 de febrero de 2019). Disponible en: <http://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788499695648.pdf>
- (18) Vidal Galache, F. El impacto de la Ley General de Beneficencia de 1822 en Madrid. *Revista de La Facultad de Geografía e Historia*, (1), 41–56. (Acceso 28 de febrero de 2019). Disponible en: [revistas.uned.es/index.php/ETFV/article/download/2651/2512](http://revistas.uned.es/index.php/ETFV/article/download/2651/2512)
- (19) Agesta, L. S. *Poder ejecutivo y división de poderes. I.* (Acceso 28 de febrero de 2019). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/249641.pdf>
- (20) Bracho, M. del C. A. (2010). De la asistencia social a los servicios sociales: el siglo XIX, 109–142. (Acceso 5 de marzo 2019). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3288052>
- (21) Ge-, L., & Roja, C. (n.d.). *La sanidad española en la segunda mitad del siglo xix*. (Acceso 5 de marzo 2019). Disponible en: <http://www.navarra.es/nr/rdonlyres/b3ad83b1-1186-4c20-a1bf-f3d58be8986e/146741/03lasanidad..>
- (22) OLAECHEA, F. J. E. EL PROYECTO DE CONSTITUCIÓN *FEDERAL DE LA I REPÚBLICA* (1873). Disponible en: [http://www.navarra.es/appsext/DescargarFichero/default.aspx?fichero=RJ\\_37\\_I\\_4.pdf&codigoAcceso=PdfRevistaJuridica](http://www.navarra.es/appsext/DescargarFichero/default.aspx?fichero=RJ_37_I_4.pdf&codigoAcceso=PdfRevistaJuridica)
- (23) Matesanz Santiago, M. Á. Pasado, presente y futuro de la enfermería: Una aptitud constante. *Revista de Administración Sanitaria*, 7(2), 243–260. (Acceso 9 de marzo 2019). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-pdf-13139761>

(24) LEY DE INSTRUCCIÓN PÚBLICA, de 17 de Julio. Gaceta de Madrid, núm. 1710, de 10 de septiembre de 1857, páginas 1 a 3. (Acceso 9 de marzo 2019). Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1857/1710/A00001-00003.pdf>

(25) Real decreto, aprobando el Reglamento para las carreras de Practicantes y Matronas, de 16 de noviembre. Gaceta de Madrid, de 18 de noviembre de 1888. (Acceso 9 de marzo 2019). Disponible en: [https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/1879b97e-bb6a-48a3-91e6-e754fa1872eb/AD184DA4-217B-4E46-B2F2-A3BF6C2C73C4/3900c342-e015-48b0-9f20-ee8d3af635e8/1888%20Real%20Decreto%20de%2016%20de%20noviembre%20\(Practicantes%20y%20Matronas\).pdf](https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/1879b97e-bb6a-48a3-91e6-e754fa1872eb/AD184DA4-217B-4E46-B2F2-A3BF6C2C73C4/3900c342-e015-48b0-9f20-ee8d3af635e8/1888%20Real%20Decreto%20de%2016%20de%20noviembre%20(Practicantes%20y%20Matronas).pdf)

(26) Navarro García, R. Historia de la enfermería en España (III). *New Medical Economics*, 34(lii), 16–22. (Acceso 9 de marzo 2019). Disponible en: [http://newmedicaleconomics.es/newsletter\\_sumario/nme34/arts/04-enprofundidad.pdf](http://newmedicaleconomics.es/newsletter_sumario/nme34/arts/04-enprofundidad.pdf)

(27) MARTÍNEZ Y MARTÍNEZ S. 1902 *Practicantes y matronas*. (Acceso 9 de marzo 2019) Disponible en: <https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/04e2d096-e84e-49aa-9ee5-e8a8dbbcd192/42685A45-D6AF-4E31-9C5A-D5D3583DC479/13e9c57e-e0d3-462c-b11b-05e988bdeaa3/1902%20Recopilaci%C3%B3n%20reglamentos%20de%20practicantes%20y%20matronas.pdf>

(28) Espert, A. N. (n.d.). Los caminos de la enfermería. s xix-s xxi. (Acceso 10 de marzo 2019). Disponible en: [http://publicaciones.san.gva.es/prof/enfermeria/revistapdf4/aula\\_abierta/LOS\\_CAMINOS\\_DE\\_LA\\_ENFERMERIA.pdf](http://publicaciones.san.gva.es/prof/enfermeria/revistapdf4/aula_abierta/LOS_CAMINOS_DE_LA_ENFERMERIA.pdf)

(29) LEY Instrucción General de Sanidad Pública, de 22 de enero de 1904. Gaceta de Madrid, núm. 23, de 23 de enero de 1904, páginas 290 a 295. (Acceso 10 de marzo 2019). Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1904/023/A00290-00295.pdf>

(30) REAL ORDEN, de 7 de mayo de 1915, por la que se aprueba el Programa para la enseñanza de la profesión enfermera. Gaceta de Madrid, núm. 141, de 21 de mayo de 1915, páginas 484 a 486. (Acceso 10 de marzo de 2019). Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1915/141/A00484-00486.pdf>

(31) Real Decreto a propuesta del Ministerio de la Guerra y de acuerdo con la Asamblea Suprema de la Cruz Roja Española de 28 feb 1917. Publicada en la Gaceta de Madrid el 1 mar 1917 (consultado 12 marzo 2019); nº 60. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1917/060/A00504-00506.pdf>

(32) Calvo-Calvo, M. A. (2014). La reacción de los practicantes en Medicina y Cirugía frente a la creación del título de Enfermera en 1915. *Dynamis*, 34(2), 425–446. (Acceso 12 de marzo 2019) Disponible en: <https://doi.org/10.4321/S0211-95362014000200008>

(33) Brenan G. El laberinto español. Antecedentes sociales y políticos de la Guerra Civil. Barcelona, España: AUSTRAL; 2016.

(34) CONSTITUCIÓN de la República Española de 1931. Gaceta de Madrid, núm. 344, de 10 de diciembre de 1931, páginas 1578 a 1588. (Acceso 12 de marzo 2019). Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1931/344/A01578-01588.pdf>

- (26) Navarro García, R. (2016). Historia de la enfermería en España (III). *New Medical Economics*, 34(lII), 16–22. (Acceso 13 de marzo 2019). Disponible en: [http://newmedicaleconomics.es/newsletter\\_sumario/nme34/arts/04-enprofundidad.pdf](http://newmedicaleconomics.es/newsletter_sumario/nme34/arts/04-enprofundidad.pdf) segunda vez)
- (35) Huertas, R., Reglamentos, D., & Su-, C. (2000). Rafael Huertas, 35–43. (Acceso 13 de marzo 2019). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v74nmon/huertas.pdf>
- (36) LEY DE 14 DE DICIEMBRE DE 1942 por la que se crea el seguro obligatorio de enfermedad. Boletín Oficial del Estado, núm. 361, de 27 de diciembre de 1942, páginas 10592 a 10597 (Acceso 14 de marzo 2019). Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1942/361/A10592-10597.pdf>
- (37) FUERO DE LOS ESPAÑÓLES, de 18 de julio de 1945. Boletín Oficial del Estado núm. 199, páginas 358 a 360 (Acceso). Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1945/199/A00358-00360.pdf>
- (38) LEY de 25 de noviembre de 1944, de Bases de Sanidad Nacional. Boletín Oficial del Estado, núm.331, de 26 de noviembre de 1944, páginas 8908 a 8936. (Acceso 14 de marzo 2019). Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1944/331/A0890808936.pdf>
- (39) Fernández A. F., & Mosquero, M. V. (n.d.). Análisis de la evolución histórica de la sanidad y la gestión sanitaria en España, 1–8. (Acceso 14 de marzo 2019). Disponible en: [http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistanº41/Antonio\\_Fernández\\_y\\_Mercedes\\_Vaquera.pdf](http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistanº41/Antonio_Fernández_y_Mercedes_Vaquera.pdf)
- (40) Fernández Fernández M. Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería. *Open Course Ware*, (lII). Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería. (Acceso 14 de marzo 2019). Disponible en: <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1149/course/section/1385/Enfermeria-Tema5%2528III%2529.pdf>
- (41) Decreto 907/1966, de 21 de abril, aprobado el texto articulado primero de la Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social. *B.O.E.*, 96, páginas 4778–4869. (Acceso 14 de marzo 2019) Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1966/04/22/pdfs/A04778-04807.pdf>
- (42) Ley general de educacion de 1979. *Boletín Oficial Del Estado, Núm. 187 de 6 de agosto de 1970*, páginas 12525 a 12546 (Acceso 15 de marzo 2019). Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1970-852>
- (43) REAL DECRETO 111/1980, de 11 de enero, sobre homologación del título de ATS con el de Diplomado en Enfermería. Boletín Oficial del Estado, núm. 20, de 23 de enero de 1980, página 1760. (Acceso 15 de marzo 2018). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1980-1660>
- (44) Constitución Española, de 31 de octubre de 1978. Boletín Oficial del Estado, núm. 311, de 29 de diciembre de 1978, páginas 29313 a 29424. (Acceso 16 de marzo 2019). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>
- (45) Las 49 provincias de Javier de Burgos que acabó con el “caos” español. ABC [Internet] 11 de abril de 2014 (Acceso 16 de marzo 2019). Disponible en: <https://www.abc.es/archivo/20140411/abci-division-provincias-javier-burgos-201404102035.html>

(46) Angulo, J. Los pactos autonómicos UCD-PSOE reprodujeron la política de consenso en Administración Territorial. El País [Internet]. 4 de octubre de 2019. (Acceso 16 de marzo 2019). Disponible en: [https://elpais.com/diario/1982/10/04/espana/402534003\\_850215.html](https://elpais.com/diario/1982/10/04/espana/402534003_850215.html)

(47) Ley orgánica 3/1979, de 18 de diciembre, del Estatuto de Autonomía para el País Vasco. *Boletín Oficial Del Estado*, 306, páginas 29357–29363 (Acceso 16 de marzo 2019). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1979/BOE-A-1979-30177-consolidado.pdf>

(48) Ley orgánica 4/1979, de 18 de diciembre, del Estatuto de Autonomía de Cataluña. *Boletín Oficial Del Estado*, 306, páginas 29363 a 29370 (Acceso 16 de marzo 2019). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1979/12/22/pdfs/A29363-29370.pdf>

(49) Banca, O. L. A. D. E. (2001). Memoria 2001. *Director*, 1–155. (Acceso 16 de marzo 2019). Disponible en: [http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/INSALUD\\_Memoria\\_2001.pdf](http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/INSALUD_Memoria_2001.pdf)

(50) Ley Orgánica 8/1981, de 30 de diciembre, de Estatuto de Autonomía de Cantabria. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 8, páginas 530 a 537. (Acceso 16 de marzo 2019). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1982/BOE-A-1982-635-consolidado.pdf>

(51) REAL DECRETO 1472/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Cantabria de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 311, de 28 de diciembre de 2001, páginas 50007 a 50012. (Acceso 16 de marzo 2019). Disponible en: <http://www.ingesa.mscbs.gob.es/organizacion/quienes/pdf/cantabria.pdf>

(52) LEY de Cantabria 10/2001, de 28 de diciembre, de Creación del Servicio Cántabro de Salud. *Boletín Oficial de Cantabria EXTRAORDINARIO*, núm. 5, de 31 de diciembre de 2001, páginas 22 a 31. (Acceso 16 de marzo 2019). Disponible en: <https://boc.cantabria.es/boces/verAnuncioAction.do?idAnuBlob=29098>

(53) Decreto 27/2011, de 31 de marzo, por el que se establece el mapa sanitario autonómico de Cantabria. *Boletín Oficial de Cantabria*, núm. 68, de 7 de abril de 2011, páginas 11990 a 11997. (Acceso 17 de marzo de 2019). Disponible en: <https://boc.cantabria.es/boces/verAnuncioAction.do?idAnuBlob=205953>

(54) DECRETO 20/2019, de 7 de marzo, por el que se modifica el Decreto 27/2011, de 31 de marzo, por el que se establece el Mapa Sanitario Autonómico de Cantabria. *Boletín Oficial de Cantabria*, núm. 53, de 15 de marzo de 2019, páginas 7060 a 7061. (Acceso 21 de marzo 2019). Disponible en: <https://boc.cantabria.es/boces/verAnuncioAction.do?idAnuBlob=336496>

(56) ORDEN de 28 de febrero de 1985 por la que se establecen los órganos de dirección de los hospitales y la dotación de su personal, regulando la provisión de los cargos y puesto correspondiente. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 55, de 5 de marzo de 1985, páginas 5501 a 5503. (Acceso 16 de marzo 2019). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1985/03/05/pdfs/A05501-05503.pdf>

(57) Real Decreto 992/1987 de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero Especialista. *Boletín Oficial del Estado*, nº 183, páginas 23642 a 23644. (Acceso 17 de marzo 2019). Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2004/01/10/pdfs/A00906-00916.pdf>

(58) Fernández Fernández ML. Aportación de la Enfermería española al desarrollo disciplinar. En Conferencia VIII Jornadas de Profesorado de Centros de Enfermería. 2015; 67-83

(59) Rodrigo-Pedrosa, O. (2017). *Evolución de la enfermería española como profesión a partir de su integración en la universidad El rol profesional de Cuidado Centrado en la Enfermedad*. Tdx.Cat. (Acceso 18 de marzo 2019). Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/456322>

(60) REAL DECRETO 1466/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquél. *Boletín Oficial Del Estado*, 278(Disposición 27919), páginas 34410 a 34411 (Acceso 18 de marzo 2019). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1990/11/20/pdfs/A34410-34411.pdf>

(61) Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. *Boletín Oficial Del Estado*, 108, páginas 15480 a 15486 (Acceso 18 de marzo 2019). Disponible en: <https://doi.org/BOE-A-2005-7354>

(62) Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado* núm. 280, de 22 de noviembre de 2003, páginas 41442 a 41458. (Acceso 18 de marzo 2019). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>

(63) 30 años de la firma: Tratado de Adhesión de España a la UE. Parlamento Europeo Oficina de España [Internet]. (Acceso 18 de marzo 2019) Disponible en: [http://www.europarl.europa.eu/spain/es/sala\\_de\\_prensa/communicados\\_de\\_prensa/pr-2015/pr-2015-junio/30a.html](http://www.europarl.europa.eu/spain/es/sala_de_prensa/communicados_de_prensa/pr-2015/pr-2015-junio/30a.html)

(64) 1977-2017: 40 años de Enfermería en la universidad. *Diarioenfermero.es* [Internet]. 20 de octubre de 2017 (Acceso 20 de marzo 2019). Disponible en: <https://diarioenfermero.es/1917-2017-40-anos-de-enfermeria-en-la-universidad/>

(65) Declaración conjunta para la armonización del diseño del Sistema de Educación Superior Europeo. *Consultato in Data*, 16(10), 2014 (Acceso 23 de marzo 2019). Disponible en: <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.5864-11.2012>

(66) Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). 2018. (Acceso 23 de marzo 2019). Disponible en: <http://www.eees.es/es/eees-desarrollo-cronologico>

(67) Confederation of EU Rectors. The Bologna Declaration. *Published Online at Http://Www.Bolognaberlin2003.de/ ...*, (May 1998). (Acceso 1 de abril 2019). Disponible en: [http://www.eees.es/pdf/Declaracion\\_Bolonia.pdf](http://www.eees.es/pdf/Declaracion_Bolonia.pdf)

(68) REAL DECRETO 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 260, de 30 de noviembre de 2007, páginas 44037 a 44048. (Acceso 1 de abril 2019). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2007/10/30/pdfs/A44037-44048.pdf>

(69) España tiene la sanidad más eficiente de Europa y la 3ª mejor del mundo. *Redacción Médica* [Internet] 20 de septiembre de 2018 (Acceso 1 de abril 2019). Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/espana-tiene-la-sanidad-mas-eficiente-de-europa-y-la-3-mejor-del-mundo-4821>

(70). 4.1 Esperanza de vida. *4.1 Esperanza de Vida*, Instituto Nacional de Estadística.2018. (Acceso). Disponible en: [http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout](http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout)

(71) Rodríguez Blas M, C. Estadística de Gasto Sanitario Público 2017. (Acceso 1 de abril 2019). Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>

(72) *A System of Health Accounts (SHA), publicado en español como Sistemas de Cuentas de la Salud. OCDE. Banco Interamericano de Desarrollo. 2002.* (Acceso 3 de abril 2019). Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/en/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/Diferentes\\_series\\_de\\_gasto\\_sanitario.pdf](https://www.msbs.gob.es/en/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/Diferentes_series_de_gasto_sanitario.pdf)

(73) Euro Health Consumer Index 2018 Report. *Health Consumer Powerhouse*. 2018. (Acceso). Disponible en: <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>

(74) Cuáles son los países más saludables del mundo y cómo se posiciona América Latina en esa lista. BBC News Mundo [Internet]. 26 de febrero de 2019 (Acceso 4 de abril 2019). Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-47372455>

(75) LEY 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, Núm. 100, de 26 de abril de 1997, páginas 13449 a 13500. (Acceso 4 de abril 2019). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1997/BOE-A-1997-9021-consolidado.pdf> ley 1997

(76) El PP será la fuerza más votada en 12 comunidades. El País [Internet]. 20 de mayo de 1995 (Acceso 9 de abril 2019). Disponible en: [https://elpais.com/diario/1995/05/20/espana/800920832\\_850215.html](https://elpais.com/diario/1995/05/20/espana/800920832_850215.html)

(77) El “modelo Alzira”, auge y caída de una gestión sanitaria privada 20 años envuelta en polémicas. Valenciaplaza.com [Internet]. 24 de marzo de 2018. (Acceso 9 de abril 2019). Disponible en: <https://valenciaplaza.com/el-modelo-alzira-auge-y-caida-de-una-gestion-sanitaria-privada-20-anos-envuelta-en-polemicas>

(78) Torner, A. D. R. La experiencia del “Modelo Alzira” del Hospital de La Ribera a La Ribera-área 10 de salud: la consolidación del modelo. *Revista de Administración Sanitaria*, 3(83), 83–98. (Acceso 9 de abril 2019). Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet? f=10&pid=articulo=13073392&pid=usuario=0&pcontactid=&pid=revista=261&ty=100&accion=L&origen=zonalectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=261v3n1a13073392pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pid=articulo=13073392&pid=usuario=0&pcontactid=&pid=revista=261&ty=100&accion=L&origen=zonalectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=261v3n1a13073392pdf001.pdf)

(79) Navarro Castelló C. El hospital de Alzira vuelve a ser público: cae el símbolo del modelo de la privatización sanitaria del PP. Eldiario.es [Internet]. 30 de marzo de 2018 (Acceso 16 de abril 2019). Disponible en: [https://www.eldiario.es/cv/Hospital-Alzira-privatizacion-sanidad-PP\\_0\\_755224644.html](https://www.eldiario.es/cv/Hospital-Alzira-privatizacion-sanidad-PP_0_755224644.html)

(80) Beltrán A. El Gobierno valenciano ha pagado 2.000 millones en 15 años al hospital privatizado que está a punto de recuperar. Eldiario.es [Internet]. 20 de marzo de 2018 (Acceso 16 de abril 2019). Disponible en: [https://www.eldiario.es/cv/hospital-Alzira-coste-Generalitat-concesion-privatizado\\_0\\_752075895.html](https://www.eldiario.es/cv/hospital-Alzira-coste-Generalitat-concesion-privatizado_0_752075895.html)

(81) Lorente García P. Modelo Alzira, crónica de un fracaso anunciado. Nueva Tribuna.es [Internet]. 31 de marzo de 2018 (Acceso 16 de abril 2019). Disponible en: <https://www.nuevatribuna.es/articulo/sanidad/modelo-alzira-cronica-fracaso-anunciado/20180331084325150297.html>

(82) Sevillano E, G. González dibuja un nuevo mapa sanitario. El País [Internet]. 1 de noviembre de 2012. (Acceso 16 de abril 2019). Disponible en: [https://elpais.com/ccaa/2012/11/01/madrid/1351728883\\_873172.html](https://elpais.com/ccaa/2012/11/01/madrid/1351728883_873172.html)

(83) Marcos J. Madrid da marcha atrás a la privatización sanitaria tras el último revés judicial. El País [Internet]. 27 de enero de 2014 (Acceso 16 de abril 2019). Disponible en: [https://elpais.com/ccaa/2014/01/27/madrid/1390839012\\_137715.html?rel=mas](https://elpais.com/ccaa/2014/01/27/madrid/1390839012_137715.html?rel=mas)

(84) García L. El nuevo Hospital Valdecilla: sobrecostes, deficiencias y privatización encubierta. Eldiario.es [Internet]. 19 de febrero de 2016 (Acceso 19 de abril 2019). Disponible en: [https://www.eldiario.es/norte/cantabria/ultima-hora/Valdecilla-privatizacion-sobrecostes-comision-investigacion\\_0\\_489601865.html](https://www.eldiario.es/norte/cantabria/ultima-hora/Valdecilla-privatizacion-sobrecostes-comision-investigacion_0_489601865.html)

(85) El futuro del Hospital de Valdecilla, en Santander, se decidirá en los tribunales. El PSOE ha presentado un recurso contra el acuerdo firmado por el Gobierno por considerarlo una “privatización encubierta”. El Confidencial Autonómico [Internet] 4 de marzo de 2013 (Acceso 20 de abril 2019). Disponible en: <https://autonomico.elconfidencialdigital.com/articulo/cantabria/Hospital-Valdecilla-Santander-PSOE-Gobierno/20130904010000015830.html>

(86) Pérez Mendoza S. Un informe certifica que no hay pruebas de la eficacia de la privatización sanitaria en Madrid. Eldiario.es [Internet]. 5 de agosto de 2018 (Acceso 2 de mayo 2019). Disponible en: [https://www.eldiario.es/madrid/Comunidad-Madrid-privatizacion-sanitaria-eficiente\\_0\\_799320449.html](https://www.eldiario.es/madrid/Comunidad-Madrid-privatizacion-sanitaria-eficiente_0_799320449.html)

(87) Fernández, M. En España la salud es cada vez más privada. El País. [Internet]. 5 de mayo de 2019. (Acceso 2 de mayo 2019). Disponible en: [https://elpais.com/economia/2019/05/03/actualidad/1556897877\\_211385.html](https://elpais.com/economia/2019/05/03/actualidad/1556897877_211385.html)

(88) Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público. *Boletín Oficial Del Estado* núm. 126, de 24 de mayo, páginas 45070 a 45128. (Acceso 2 de mayo 2019). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/05/24/pdfs/BOE-A-2010-8228.pdf>

(89) Amigot B, Mayo M, G. Señor funcionario, sepa cuánto le va a bajar el sueldo el Gobierno. *Expansión* [Internet]. 21 de mayo de 2010 (Acceso 2 de mayo 2019). Disponible en: <http://www.expansion.com/2010/05/21/funcion-publica/1274455624.html>

(90) Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. *Boletín Oficial del Estado*, núm 98, de 24 de abril de 2012, páginas 1-36 (Acceso 6 de mayo 2019) Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2012/BOE-A-2012-5403-consolidado.pdf>

(91) Sevillano E, G. Las caras de la exclusión sanitaria. El País [Internet]. 17 de septiembre de 2015 (Acceso 7 de mayo 2019). Disponible en: [https://elpais.com/politica/2015/09/17/actualidad/1442498959\\_100602.html](https://elpais.com/politica/2015/09/17/actualidad/1442498959_100602.html)

(92) Miranda Camarero, M. V. (2014). Revisión y reflexión sobre la sanidad pública española. *Enfermería Nefrológica*, 17(2), 85–91. (Acceso 7 de mayo 2019). Disponible en: <https://doi.org/10.4321/s2254-28842014000200001>

(93) Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. *Boletín Oficial de Estado*, núm. 168, páginas 50428 a 50518. (Acceso 7 de mayo 2019). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2012/07/14/pdfs/BOE-A-2012-9364.pdf>

(94) SATSE denuncia la “falta de diálogo” de Sanidad en decisiones que “perjudican” a los profesionales de Enfermería. Europa Press.es [Internet]. 31 de octubre de 2012 (Acceso 7 de mayo 2019). Disponible en: <https://www.europapress.es/cantabria/noticia-satse-denuncia-falta-dialogo-sanidad-decisiones-perjudican-profesionales-enfermeria-20121031134005.html>

(95) La ampliación de jornada en el SCS a 37,5 horas semanales supondrá que no se renueven 80 contratos eventuales. Europa Press.es [Internet]. 6 de junio de 2012 (Acceso 12 de mayo 2019). Disponible en: <https://www.europapress.es/cantabria/noticia-ampliacion-jornada-scs-375-horas-semanales-supondra-no-renueven-80-contratos-eventuales-20120606180256.html>

(96) Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. *Boletín Oficial Del Estado (BOE)*, 306(1), 121483–121498. (Acceso 12 de mayo 2019). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/12/23/pdfs/BOE-A-2015-14028.pdf>  
954/2015

(97) Sanitaria, M. de la profesión, SATSE, & Enfermería, C. G. de. *RD 954/2015.*, (2015). (Acceso 12 de mayo 2019). Disponible en: <http://diarioenfermero.es/wp-content/uploads/2016/02/FOLLETO.pdf>

(98) Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, de 30 de julio de 2018. *Boletín Oficial Del Estado*, 183(1), páginas 76258–76264. (Acceso 12 de mayo 2019). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2018/07/30/pdfs/BOE-A-2018-10752.pdf>

(99) LEY 16/2003, de 28 mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado* Núm. 128, de 29 de mayo de 2003, páginas 20567 a 20588 (Acceso 15 de mayo 2019). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf>

(100) Diez comunidades pueden aprobar la jornada de 35 horas en sanidad en 2019. Redacción Médica [Internet]. 29 de julio de 2018 (Acceso 15 de mayo 2019). Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/diez-comunidades-pueden-aprobar-la-jornada-de-35-horas-en-sanidad-en-2019-3017>

(101) Resolución de 31 de octubre de 2018, de la Secretaría General de la Consejería de Presidencia y Justicia, por la que se dispone la publicación en el Boletín Oficial de Cantabria del Acuerdo para la mejora de la calidad del empleo público y de las condiciones de trabajo del personal al servicio de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria, adoptado por la Mesa General de Negociación del artículo 36.3 del EBEP de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria, ratificado por Acuerdo del Consejo de Gobierno de 31 de octubre de 2018. Cantabria 35 horas. *Boletín Oficial de Cantabria*, núm. 229, de 23 de noviembre de 2018, páginas 29624 a 29630 (Acceso 16 de mayo 2019). Disponible en: <https://boc.cantabria.es/boces/verAnuncioAction.do?idAnuBlob=332787>



(102) Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. BOE núm. 256 de 23 de octubre, páginas 102636 a 102643 (Acceso 12 de mayo 2019). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2018/10/23/pdfs/BOE-A-2018-14474.pdf>

(103) El BOE publica el nuevo Real Decreto de prescripción enfermera. Diarioenfermero.es [Internet]. 23 de octubre de 2018 (Acceso 15 de mayo 2019). Disponible en: <https://diarioenfermero.es/el-boe-publica-el-nuevo-real-decreto-de-prescripcion-enfermera/>

(104) Notas de corte 2019. El País [Internet]. (Acceso 15 de mayo 2019). Disponible en: <https://elpais.com/especiales/universidades/titulacion/notas/enfermeria/124>

(105) Enfermería es la carrera que más de demanda en el mercado laboral de la rama de sanidad. Enfermeria21.com [Internet]. 8 de julio de 2016 (Acceso 15 de mayo 2019). Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/enfermeria-es-la-carrera-que-mas-se-demanda-en-el-mercado-laboral-de-la-rama-de-sanidad-DDIMPORT-042493/>

(106) Número de profesionales de enfermería que trabajan en el Sistema Nacional de Salud (SNS) en Atención primaria, Hospitales, Servicios de Urgencias y emergencias (112/061) y especialistas en formación según comunidad autónoma. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Gobierno de España. (Acceso 15 de mayo 2019). Disponible en: <https://www.msccbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla14.htm>

(107) OPE nacional para dotar con plazas a los 47.000 enfermeros especialistas. Redacción Médica [Internet]. 12 de marzo de 2019 (Acceso 15 de mayo 2019). Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/ope-nacional-para-dotar-con-plazas-a-los-47-000-enfermeros-especialistas-4287>

(108) Las CCAA prometen desplegar las especialidades de Enfermería antes de 2024. Redacción Médica [Internet]. 30 de mayo de 2017 (Acceso 15 de mayo 2019). Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/las-ccaa-prometen-desplegar-las-especialidades-de-enfermeria-antes-de-2024-2208>

(109) Fernández Rodríguez A. La formación posgrado: Un valor añadido para el avance de la ciencia enfermera [Trabajo de Fin de Grado]. Universidad de Cantabria, Facultad de Enfermería; 2018. (Acceso 19 de mayo 2019) Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/14089/FernandezRodriguezA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

(110) Listo el cronograma para implantar las especialidades de Enfermería en 2024. Redacción Médica [Internet]. 21 de julio de 2017 (Acceso 19 de mayo 2019). Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/listo-el-cronograma-para-implantar-las-especialidades-de-enfermeria-en-2024-1460> ministerio cronograma 2017

(111) Empleo sanidad: ¿médicos y enfermeros son los mejor pagados del hospital? Redacción Médica [Internet]. 8 de enero de 2019 (Acceso 19 de mayo 2019). Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/empleo/empleo-sanidad-medicos-y-enfermeros-son-los-mejor-pagados-del-hospital--9679>

(112) ¿Cuántos euros supone la subida salarial para médicos y enfermeros de 2019? Redacción Médica [Internet]. 20 de diciembre de 2018 (Acceso 19 de mayo 2019). Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/la-revista/noticias/-cuantos-euros-supone-la-subida-salarial-para-medicos-y-enfermeros-de-2019--8537>

- (113) Informes estudios e investigación. (2018). Comparaciones Internacionales. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2017, 89. (Acceso 20 de mayo 2019) Disponible en: [http://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2017/11\\_CAP\\_17.pdf](http://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2017/11_CAP_17.pdf)
- (114) Martín P. España es el cuarto país europeo con más déficit de enfermeros. El Periódico [Internet] 2 de octubre de 2018. (Acceso 20 de mayo 2019) Disponible en: <https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20181002/deficit-enfermeras-estudio-satse-7065981>
- (115) Pérez Raya F. "La elevada cantidad de aspirantes a la OPE sólo demuestra la precarización del empleo en enfermería". Consejo General de Enfermería. 2019. (Acceso 20 de mayo 2019). Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/sala-de-prensa/noticias/item/61011-florentino-perez-ray-a-la-elevada-cantidad-de-aspirantes-a-la-ope-solo-demuestra-la-precarizacion-del-empleo-en-enfermeria>
- (116) López C. El Consejo de Enfermería dice que España necesita 125.000 profesionales más. El País [Internet] 14 de mayo de 2019 (Acceso 20 de mayo 2019). Disponible en: [https://elpais.com/sociedad/2019/05/14/actualidad/1557833520\\_199196.html?id\\_externo\\_rsoc=TW\\_CM](https://elpais.com/sociedad/2019/05/14/actualidad/1557833520_199196.html?id_externo_rsoc=TW_CM)
- (117) Fernández Vázquez A. Enfermería en números rojos. Enfermeriatv.es [Internet]. 17 de marzo de 2019 (Acceso 22 de mayo 2019). Disponible en: <https://enfermeriatv.es/es/enfermeria-en-numeros-rojos/>
- (118) M, V. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana*, 28(4), 237–241. (Acceso 22 de mayo 2019). Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172011000400011](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011)
- (119) Villareal, J., Gómez, D., & Bosues, F. Medicina Universitaria. *Medicina Interna*, 13(51), 69–71. (Acceso 22 de mayo 2019). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-johann-peter-frank-medicina-social-X166557961135647X>
- (120) Beveridge, W. Social Insurance and Allied Services (the Beveridge Report). (Acceso 22 de mayo 2019). Disponible en: [http://news.bbc.co.uk/2/shared/bsp/hi/pdfs/19\\_07\\_05\\_beveridge.pdf](http://news.bbc.co.uk/2/shared/bsp/hi/pdfs/19_07_05_beveridge.pdf)
- (121) Jones O. Chavs: La demonización de la clase obrera 5ª edición. España: CAPITAN SWING; 2015.
- (122) Lalonde M. Lalonde Report (1974), 1–77. (Acceso 22 de mayo 2019). Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- (123) JL, S. (2011). Revisitando el Informe Lalonde 40 años después: panacea, moda y realidad, 79–80. (Acceso 22 de mayo 2019). Disponible en: <http://www.fgcasal.org/publicaciones/gestion60.pdf>

(124) Del Llano Señaris, J. Los determinantes de salud y la información sanitaria. El País [Internet] 28 de septiembre de 2004 (Acceso 22 de mayo 2019). Disponible en: [https://elpais.com/diario/2004/09/28/salud/1096322408\\_850215.html](https://elpais.com/diario/2004/09/28/salud/1096322408_850215.html)

(125) Mercado F. Destituido el cargo de Sanidad que autorizó el anuncio retirado por sexista. El País [Internet] 17 de septiembre de 1988 (Acceso 22 de mayo 2019). Disponible en: [https://elpais.com/diario/1988/09/17/espana/590450415\\_850215.html](https://elpais.com/diario/1988/09/17/espana/590450415_850215.html)

(126) Ortún, V. (2006). Desempeño y deseabilidad del sistema sanitario: España. *Revista Asturiana de Economía.*, (35), 23–44. (Acceso 23 de mayo 2019). Disponible en: <http://www.revistaasturianadeeconomia.org/raepdf/35/P23ORTUN.pdf>

(127) Informe Abril Martorell: la reforma sanitaria que llegó doce años tarde. ABC [Internet] 22 de noviembre de 2003 (Acceso 23 de mayo 2019). Disponible en: [https://www.abc.es/hemeroteca/historico-22-11-2003/abc/Sociedad/informe-abril-martorell-la-reforma-sanitaria-que-llego-doce-a%C3%B1os-despues\\_221968.html](https://www.abc.es/hemeroteca/historico-22-11-2003/abc/Sociedad/informe-abril-martorell-la-reforma-sanitaria-que-llego-doce-a%C3%B1os-despues_221968.html)

(128) Texto de la Proposición Parlamentaria; Informe Abril. 25 de enero de 1990. (Acceso 23 de mayo 2019). Disponible en: [http://www.consorci.org/media/upload/pdf/docs\\_norm/resumen\\_informe\\_abril.pdf](http://www.consorci.org/media/upload/pdf/docs_norm/resumen_informe_abril.pdf)

(129) Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado Boletín Oficial del Estado, núm. 240, de 5 de octubre de 2011, páginas 104593–104626. (Acceso 23 de mayo 2019) Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2011/10/05/pdfs/BOE-A-2011-15623.pdf>

(130) Benavides F, G, Porta M. La nueva Ley General de Salud Pública: desarrollarla es el gran reto del próximo Gobierno. El País [Internet] 3 de octubre de 2011 (Acceso 23 de mayo 2019). Disponible en: [https://elpais.com/sociedad/2011/10/03/actualidad/1317592804\\_850215.html](https://elpais.com/sociedad/2011/10/03/actualidad/1317592804_850215.html)

(131) Pérez C. Recesión a lo grande: crónica de los 10 años de crisis que cambiaron el mundo. El País [Internet] 9 de septiembre de 2018 (Acceso 23 de mayo 2019). Disponible en: [https://elpais.com/economia/2018/09/07/actualidad/1536333092\\_303809.html](https://elpais.com/economia/2018/09/07/actualidad/1536333092_303809.html) crisis 2008

(132) Indicadores de salud 2017. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (Acceso 23 de mayo 2019). Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores2017.pdf>

(133) Sanidad, M. De. (2018). Nota Técnica Encuesta Nacional de Salud. España 2017. (Acceso 23 de mayo 2019). Disponible en: [https://www.fundadeps.org/recursos/documentos/863/ENSE2017\\_notatecnica.pdf](https://www.fundadeps.org/recursos/documentos/863/ENSE2017_notatecnica.pdf)

(134) Plaza J, A. Los casos de cáncer en los últimos 5 años aumentan el doble en mujeres que en hombres. Diario Médico [Internet] 28 de enero de 2019 (Acceso 27 de mayo 2019). Disponible en: <https://www.diariomedico.com/salud/los-casos-de-cancer-en-los-ultimos-5-anos-aumentan-el-doble-en-mujeres-que-en-hombres.html>

(135) La Tierra ha alcanzado hoy niveles de CO2 nunca vistos en varios millones de años. El Confidencial [Internet]. 13 de mayo de 2019 (Acceso 30 de mayo 2019). Disponible en: [https://www.elconfidencial.com/tecnologia/ciencia/2019-05-13/tierra-record-contaminacion-co2-cambio-climatico\\_1998218/](https://www.elconfidencial.com/tecnologia/ciencia/2019-05-13/tierra-record-contaminacion-co2-cambio-climatico_1998218/)

(136) Sosa Troya M. Atrapados en la pobreza. EL PAÍS [Internet]. 22 de abril de 2019. (Acceso 22 de mayo 2019). Disponible en: [https://elpais.com/politica/2019/04/21/actualidad/1555866966\\_016768.html](https://elpais.com/politica/2019/04/21/actualidad/1555866966_016768.html)

(137) Gómez J, A. Por qué Reino Unido tiene ya una “ministra de Soledad” y España debería tenerla. ElEspañol.es [Internet]. 26 de enero de 2018 (Acceso 23 de mayo 2019). Disponible en: [https://www.elespanol.com/ciencia/salud/20180126/reino-unido-ministra-soledad-espana-deberia-tenerla/279973221\\_0.html](https://www.elespanol.com/ciencia/salud/20180126/reino-unido-ministra-soledad-espana-deberia-tenerla/279973221_0.html)

(138) Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que publica el Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria. Boletín oficial del Estado, núm 295, de 7 de mayo, páginas 130033 a 130064. (Acceso 19 de mayo 2019). Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-6761](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-6761)

(139) Un paciente crónico informado ahorra al sistema sanitario entre un 8% y un 20%. El País [Internet] 26 de marzo de 2014 (Acceso 23 mayo 2019). Disponible en: [https://elpais.com/ccaa/2014/03/26/paisvasco/1395852050\\_109237.html](https://elpais.com/ccaa/2014/03/26/paisvasco/1395852050_109237.html)

(140) Fariña E. El paciente experto se forma en las consultas de Atención Primaria y Enfermería. El Médico Interactivo [Internet] 24 de enero 2018 (Acceso 23 de mayo 2019). Disponible en: <http://elmedicointeractivo.com/el-paciente-experto-se-forma-en-las-consultas-de-atencion-primaria-y-enfermeria/>

(141) Expertos en Big Data piden un cambio que deje atrás el “hospitalocentrismo”. Redacción Médica [Internet] 14 de abril de 2017 (Acceso 24 de mayo 2019). Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/expertos-en-big-data-piden-un-cambio-que-deje-atras-el-hospitalocentrismo--3740> hospitalocentrismo

(142) All-Party Parliamentary Group on Global Health. (2016). Triple Impact of Nursing. *APPG on Global Health*, (October), 51. (Acceso 20 de mayo 2019). Disponible en: [https://www.who.int/hrh/com-heeg/digital-APPG\\_triple-impact.pdf?ua=1&ua=1](https://www.who.int/hrh/com-heeg/digital-APPG_triple-impact.pdf?ua=1&ua=1)

(143) World Health Organization. (2016). Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. *Who*, 64. (Acceso 20 de mayo 2019). Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250368/1/9789241511131-eng.pdf?ua=1%5Chttp://www.who.int/hrh/resources/pub\\_globstrathrh-2030/en/](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250368/1/9789241511131-eng.pdf?ua=1%5Chttp://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/)

(144) Dayrit, M., Taylor, A., Yan, J., Braichet, J. M., Zurn, P., & Shainblum, E. Code of practice on the international recruitment of health personnel. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(10), 739. (Acceso 20 de mayo 2019). Disponible en: [https://www.who.int/hrh/migration/code/WHO\\_global\\_code\\_of\\_practice\\_EN.pdf](https://www.who.int/hrh/migration/code/WHO_global_code_of_practice_EN.pdf)

(145) La Aportación enfermera a la sostenibilidad del sistema sanitario, Repercusión económica de los cuidados. Fundación Economía y Salud. (Acceso 20 de mayo 2019). Disponible en: <http://www.fundacioneconomiasalud.org/wp-content/uploads/2016/06/Aportacion-Enfermera-Sostenibilidad-Sistema-Sanitario.pdf>

- (146) Tejada De Rivero, D. A. (2013). Lo Que Es La Atención Primaria De La Salud: Algunas Consideraciones a Casi Treinta Y Cinco Años De Alma-Ata What a Primary Health Care Is: Some Considerations After Almost Thirty Five Years of Alma-Ata. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 30(2), 283–287. (Acceso 23 de mayo 2019). Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Medicina\\_Experimental/v30\\_n2/pdf/a20v30n2.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Medicina_Experimental/v30_n2/pdf/a20v30n2.pdf)
- (147) Alberdi Castell R. La competencia política enfermera. *REV ROL Enferm* 2019; 42 (1): 22-30
- (148) La OMS designa el 2020 como el “Año de las enfermeras”. Redacción Médica [Internet] 2 de febrero de 2019 (Acceso 20 de mayo 2019). Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/-la-oms-designa-el-2020-como-el-ano-de-las-enfermeras--5684>
- (149) Cassiani SHB, Lira Neto JCG. Nursing Perspectives and the “Nursing Now” Campaign. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(5):2351-2. (Acceso 20 de mayo 2019). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2018710501>
- (150) Sosa Troya M. Los españoles de 2033: más viejos y más solos. *El País* [Internet]. 11 de octubre de 2018 (acceso 20 de mayo 2019). Disponible en: [https://elpais.com/sociedad/2018/10/10/actualidad/1539170799\\_310404.html](https://elpais.com/sociedad/2018/10/10/actualidad/1539170799_310404.html)
- (151) Vega L. Las horas extra en Sanidad: cómo crear empleo y ahorrar a la vez. Redacción Médica [Internet]. 23 de mayo de 2013. (Acceso 23 de mayo 2019). Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/opinion/las-horas-extra-en-sanidad-como-crea-empleo-y-ahorrar-a-la-vez-3254>